

**KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT RAWAT INAP DALAM
MENUNJANG AKREDITASI VERSI STARKES
DI RSUD KANJURUHANTAHUN 2022**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh

LIYA KHUMAIRO

P17410201023

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2023**

**KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT RAWAT INAP DALAM
MENUNJANG AKREDITASI VERSI STARKES
DI RSUD KANJURUHAN TAHUN 2022**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh

LIYA KHUMAIRO

P17410201023

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
PRODI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2023**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Liya Khumairo

NIM : P17410201023

Program Studi : D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui

Pembimbing



Fiska Rohmanin Zein, S.ST., M.Kes
NIP 19941013 202203 2 003

Yang Membuat Pernyataan



Liya Khumairo

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir Penelitian oleh Liya Khumairo P17410201023 yang berjudul
"KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT RAWAT INAP DALAM MENUNJANG
AKREDITASI VERSI STARKES DI RSUD KANJURUHAN TAHUN 2022 " telah diperiksa
dan disetujui untuk diujikan.

Malang, 26 Mei 2023

Pembimbing



Eiska Rohmania Zein, S.ST., M.Kes
NIP. 199941013 202203 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

**KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT RAWAT INAP DALAM
MENUNJANG AKREDITASI VERSI STARKES DI RSUD KANJURUHAN
TAHUN 2022**

Oleh:

LIYA KHUMAIRO

NIM. P17410201023

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 29 Mei 2023

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Pembimbing



Eiska Rohmania Zein, S.ST., M.Kes

NIP. 19941013 202203 2 003

Mengetahui,

**Ketua Jurusan Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang**



Diniyah Kholidah, S.ST., S.Gz., MPH
NIP. 197509211997032001

**Ketua Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi
Kesehatan**

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



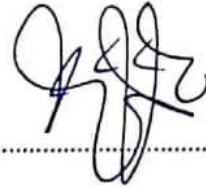
Hartaty Sarma Sangkot, SKM, MARS

NIP. 198402212019022001

Ujian Tugas Akhir ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada tanggal 29 Mei 2023
Pogram Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Panitia Penguji Laporan Tugas Akhir

Ketua Penguji : Diniyah Kholidah, S.ST., S.Gz., MPH



.....

Anggota Penguji : Eiska Rohmania Zein, S.ST., M.Kes



.....

HALAMAN PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma 3 Jurusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen.,M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir;
2. Ibu Diniyah Kholidah, SST, S.Gz, MPH selaku Ketua Jurusan Kesehatan Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Sekaligus Dosen Penguji;
3. Bapak Achmad Zani Pitoyo, M.Kes., MMRS selaku Ketua Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang;
4. Ibu Eiska Rohmania Zein, S.ST., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini;
5. Pihak Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
6. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral, dan

7. Sahabat serta teman-teman yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Malang, 26 November 2022

Liya Khumairo

ABSTRAK

Nama : Liya Khumairo

Program Studi : D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Judul : Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap dalam Menunjang Akreditasi Versi STARKES di RSUD Kanjuruhan Tahun 2022

Ketepatan pada kode diagnosa penyakit merupakan suatu hal yang sangat riskan dalam terselenggaranya sebuah rumah sakit dimana data yang dihasilkan akan sangat berpengaruh bagi pasien maupun rumah sakit, nilai ketepatan yang baik dapat dijadikan sebagai indikator bukti pelaksanaan kegiatan unit rekam medis memiliki mutu kualitas yang baik, dan kualitas mutu yang baik sangat berpengaruh bagi mutu kualitas rumah sakit. Dalam menjaga mutu kualitas, rumah sakit selalu berusaha dapat memperoleh pengakuan terhadap mutu pelayanan setelah di nilai dan mampu memenuhi standart akreditasi yang di setujui pemerintah. Maka dari itu dalam memenuhi salah satu aspek penilaian standart Akreditasi versi Starkes MIRM 9 rumah sakit harus melakukan kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis yang bertujuan sebagai bahan evaluasi sekaligus bahan perbaikan dalam kegiatan kodifikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dimana peneliti dapat menggunakan data dalam bentuk angka dan numerik dalam penelitian dan metode pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi sedangkan instrument yang digunakan adalah lembar observasi untuk menilai Tepat dan Tidak Tepat nya suatu diagnosa pada dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian dari total 354 sampel yang diambil didapatkan hasil persentase ketepatan kode penyakit yang akurat sebanyak 83% dan tidak akurat sebanyak 16%. Ketidakakuratan penulisan kode yang terjadi di RSUD Kanjuruhan disebabkan karena terdapat kode yang salah tidak sesuai dengan diagnosis, Diagnosis yang tidak diberi kode dan kode yang dicoret dan tidak dibenarkan.

Kata Kunci : Ketepatan, Akreditasi versi STARKES

ABSTRACT

Name : Liya Khumairo
Majority : D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Title : Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap dalam Menunjang Akreditasi Versi STARKES di RSUD Kanjuruhan Tahun 2022

Accuracy of the disease diagnosis code is a very risky thing in the implementation of a hospital where the resulting data will be very influential for patients and hospitals, a good accuracy value can be used as an indicator of evidence of the implementation of medical record unit activities having good quality quality, and good quality quality is very influential for the quality of hospital quality. In maintaining quality quality, hospitals always try to be able to obtain recognition of the quality of service after being assessed and able to meet accreditation standards approved by the government. Therefore, in fulfilling one aspect of the accreditation standard assessment of the Starkes MIRM 9 version, hospitals must carry out monitoring activities on the accuracy of diagnosis codes which aim to be used as evaluation material as well as material for improvement in disease coding activities at Kanjuruhan Hospital. This study uses quantitative methods where researchers can use data in the form of numbers and numerical in research and the data collection method used is observation while the instrument used is an observation sheet to assess the accuracy and inaccuracy of a diagnosis in medical record documents. Based on the results of research from a total of 354 samples taken, the percentage of accurate disease code accuracy was 83% and inaccurate was 16%. The inaccuracy of code writing that occurred at Kanjuruhan Hospital was caused by incorrect codes that were not in accordance with the diagnosis, diagnoses that were not coded and codes that were crossed out and not justified.

Keywords: Accuracy, Accreditation version STARKES

DAFTAR ISI

HALAMAN PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	14
1.1 Latar Belakang.....	14
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Umum :.....	5
1.4 Tujuan Khusus :.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Landasan Teori	7
2.1.1 Monitoring.....	7
2.1.2 Ketepatan.....	9
2.1.3 Kode Diagnosis	10
2.1.4 Akreditasi Versi STARKES Kementerian Kesehatan	16
2.2 Kerangka Teori.....	20
2.3 Kerangka Konsep	23
BAB III METODE PENELITIAN.....	24

1.6	Rancangan Penelitian	24
1.7	Variabel Penelitian	24
1.8	Definisi Operasional Variabel Penelitian	25
1.9	Populasi dan Sampel.....	25
1.10	Instrumen dan Cara Pengumpulan Data.....	27
1.11	Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	27
1.12	Tahapan Penelitian	29
1.13	Etika Penelitian.....	29
BAB IV		31
PEMBAHASAN		31
1.14	Hasil Penelitian.....	31
4.1.1	Untuk mengidentifikasi kesalahan umum dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit sekaligus mengevaluasi kepatuhan berdasarkan pedoman pengkodean diagnosis penyakit di RSUD Kanjuruhan 31	
4.1.2	Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan.....	33
4.1.3	Bentuk dari perencanaan SOP kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan.	37
1.15	Pembahasan	38
4.2.1	Untuk mengidentifikasi kesalahan umum dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit sekaligus mengevaluasi kepatuhan berdasarkan pedoman pengkodean diagnosis penyakit di RSUD Kanjuruhan 38	
4.2.2	Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan.....	41

4.2.3 Bentuk dari perencanaan SOP kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan	42
BAB V	46
KESIMPULAN	46
1.16 Kesimpulan	46
1.17 Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 mengartikan bahwa Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jika ditinjau dan dilihat lagi rekam medis merupakan suatu inti dari terselenggaranya suatu pelayanan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan medis untuk merekam semua tindakan dan persetujuan pengobatan sampai pasien pulang. Selaras dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Pada Pasal 58 Ayat 1, disebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik dalam pelaksanaannya wajib memberikan pelayanan sesuai dengan standart pelayanan, standart profesi, standart prosedur operasional dan etika profesi serta kebutuhan penerima pelayanan kesehatan lainnya. Perkam medis dan informasi kesehatan termasuk menjadi salah satu tenaga kesehatan yang wajib ada dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan yang dalam tugas nya terdapat bagian klasifikasi dan kodefikasi penyakit,dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis adalah kompetensi pertama Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. sehingga hal tersebut menunjukkan

bahwa Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan memiliki kompetensi untuk melakukan kegiatan pengkodean. (Novita, Vol 1 : 2010)

Pengkodean yang dilakukan seorang perekam medis adalah suatu proses mengkode/menerjemahkan diagnosis penyakit yang di derita oleh pasien kedalam bahasa terminologi medis kemudian di terjemahkan lagi menggunakan kode pada buku *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* atau ICD 10 dengan dilakukan pengecekan yang berurutan mulai dari ICD-10 Volume 3 kemudian di kroscek kedalam ICD-10 Volume 1 serta tidak melupakan petunjuk penggunaan pada ICD-10 Volume 2 sesuai klasifikasi penyakit yang di berlakukan di indonesia dengan revisi paling terbaru. Jika di lihat dari kegunaan kode diagnosis yang ada pada berkas rekam medis pasien maka akan ada fungsi akhir dari tindakan pengkodean pada berkas rekam medis Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian *Case Base Groups* (Ina-Cbgs) yakni akan menghasilkan suatu laporan yang berguna untuk pengambilan keputusan direktur rumah sakit dan proses klaim biaya pada pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 rekam medik dapat dipakai sebagai: dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

Melihat kondisi unit rekam medis yang sangat riskan dan menjadi jantung dari suatu rumah sakit mengharuskan unit tersebut selalu mengedepankan aspek kualitas pelayanan mutu kegiatan pada unit rekam medis ini dilakukan dengan tujuan agar tercapainya tertib administrasi di lingkungan rumah sakit dimana

terdapat upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, Maka dari itu tanpa adanya usaha dalam mencapai tertib administrasi maka akan terasa mustahil juga bila ingin mencapai standart pelayanan kesehatan yang baik dengan ini dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan mutu rumah sakit pemerintah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit yang menyatakan bahwa pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah di nilai dan mampu memenuhi standart akreditasi yang di setujui pemerintah. Demi melanjutkan pelayanan dan berdirinya suatu rumah sakit maka harus melakukan akreditasi sesuai keputusan pemerintah dimana dengan itu rumah sakit akan mendapat pengakuan terhadap mutu pelayanannya serta memiliki gerak ruang yang lebih besar dan luas kedepannya. Dilaksanakannya kegiatan akreditasi pada rumah sakit sesuai dengan peraturan terbaru mengacu pada standar akreditasi versi STARKES Setelah melihat keputusan standart akreditasi dari pemerintah terdapat beberapa aspek penilaian dalam akreditasi pada unit rekam medis tertuang pada standar MIRM 9 bagian regulasi yang berbunyi “penggunaan kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan sesuai dengan ketetapan rumah sakit serta di monitor pelaksanaannya dan ketentuan tersebut wajib dilaksanakan dan dievaluasi” dengan maksud tujuan untuk mengetahui tepat dan tidak tepatnya petugas dalam memberikan kode pada diagnosis penyakit pasien rawat inap dan penggunaan secara beragam kode serta diagnosis penyakit sehingga dapat menjadi dasar sebuah keputusan yang akurat.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan November 2022 di RSUD Kanjuruhan terdapat beberapa kendala salah satunya adalah petugas coding rawat inap di RSUD Kanjuruhan hanya 1 orang yang merangkap dengan mengerjakan tugas lain sehingga berakibat pada timbulnya kecurigaan terhadap nilai ketepatan hasil kodifikasi penyakit dibuktikan dengan tidak adanya kegiatan evaluasi dan monitoring pada nilai ketepatan kode diagnosis penyakit dan kesalahan petugas dalam melakukan klaim pembiayaan. Dalam hal ini terdapat maksud dan tujuan yakni dilaksanakannya kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit untuk menilai ketepatan kode yang selaras dengan Salah satu elemen penting dalam penilaian MIRM 9 adalah ketepatan dalam penggunaan kode diagnosis, kode prosedur serta singkatan simbol yang sesuai dengan ketepatan yang telah ditentukan oleh tiap rumah sakit. Sehingga berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait melakukan kegiatan untuk menilai *Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap* pada lembar dokumen rekam medis RM 2B dengan populasi data kunjungan dalam kurun waktu 3 bulan yakni dari bulan Juli 951 kunjungan, Agustus 1.091 kunjungan dan September dengan 1.128 kunjungan dengan total nilai kunjungan rawat inap 3.170 yang berarti terdapat 3.170 dokumen rekam medis dengan menilai tepat dan tidak tepatnya diagnosis penyakit yang diberikan petugas pada lembar observasi dalam menunjang aspek penilaian akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah: Bagaimana ketepatan kode diagnosis penyakit dalam

menunjang akreditasi rumah sakit versi STARKES Kemenkes tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan?.

1.3 Umum :

Dalam penelitian ini tujuan umumnya adalah untuk menilai ketepatan kode diagnosis rawat inap dalam menunjang akreditasi versi STARKES Kemenkes tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan.

1.4 Tujuan Khusus :

1. Untuk mengidentifikasi kesalahan umum dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit sekaligus mengevaluasi kepatuhan berdasarkan pedoman pengkodean diagnosis penyakit di RSUD Kanjuruhan
2. Untuk menganalisis ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan
3. Untuk menyediakan bentuk dari perencanaan SOP kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis :

a. Bagi Peneliti

Menjadi pengalaman yang berharga karena nantinya peneliti mengetahui lebih mendalam mengenai ketepatan kode diagnosis penyakit dan akreditasi versi STARKES beserta dengan acuan – acuan yang masuk didalamnya.

b. Bagi Mahasiswa

Akan menjadi alat penunjang pembelajaran dan nantinya bisa dikembangkan lebih lanjut sebagai bahan penelitian selanjutnya.

c. Bagi Kampus

Menjadi tambahan arsip dalam bidang kepenulisan dan bisa dijadikan acuan dalam evaluasi pembelajaran yang akan diberikan kepada mahasiswa sesuai dengan kejadian lapangan yang sudah ada.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit :

Menjadi acuan dan membantu merapikan mekanisme yang seharusnya berjalan pada rumah sakit dalam bentuk kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit beserta SOP nya sebagai acuan untuk rumah sakit dalam melakukan kegiatan monitoring selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Monitoring

Hakikatnya jika ingin mencapai suatu tujuan yang tinggi pasti membutuhkan proses dan pembenahan atau introspeksi melihat kekurangan dan kelebihan dari tindakan ataupun suatu kegiatan yang memiliki tujuan besar. Monitoring adalah suatu bentuk pemantauan dari suatu objek yang sudah dikumpulkan dan di analisis berdasarkan objek dari kegiatan tersebut dengan tujuan untuk dapat mengetahui kesalahan dan evaluasi dalam upaya perbaikan atas kesalahan yang dilakukan (Megawati, Vol 1 : 2020). Monitoring sendiri memiliki garis besar yakni suatu kegiatan yang dilakukan untuk melihat dan menilai ketepatan dan keakuratan dari suatu pekerjaan atau kegiatan yang sudah direncanakan dan disusun selaras dengan tujuan, Monitoring juga dapat menilai dan melihat hal hal apa saja yang mulai menyimpang dari garis besar haluan -pekerjaan atau kegiatan sehingga dapat berguna untuk memperbaiki hal-hal apa saja yang mulai menyimpang dan berusaha berproses mengupayakan kegiatan yang efektif dan efisien demi tercapainya tujuan kegiatan.

Monitoring biasanya dilakukan pada saat kegiatan dan setelah kegiatan dimana biasanya seseorang yang diberi tugas dan tanggung jawab *me-monitoring* dapat melihat apa saja yang dilakukan para pelaku kegiatan di lapangan dan dapat dengan mudah menemukan jika ada hal hal yang mulai menyimpang dari tujuan. Jika dilakukan setelah kegiatan maka dapat me monitoring hasil dari pelaksanaan selama kegiatan apakah sesuai dengan tujuan yang diinginkan atau tidak dan jika tujuan atau hasil yang diperoleh tidak sesuai maka dapat dilaksanakan evaluasi dan

perbaikan .Jika dilihat dari segi sifat kegiatan monitoring ataupun evaluasi merupakan kegiatan yang melekat pada kegiatan atau program lain tidak dapat berdiri sendiri jika tidak di iringi program lain yang selaras dengan kegunaan monitoring untuk melihat dan meninjau suatu kegiatan atau peristiwa dalam mencapai sebuah tujuan. Dalam seri monograf 3, UNESCO *Regional Office for Education in Asia and the Pasific*, dijelaskan bahwa monitoring adalah upaya yang dilakukan secara rutin untuk mengidentifikasi pelaksanaan dari berbagai komponen program sebagaimana telah direncanakan, waktu pelaksanaan program sebagai mana telah dijadwalkan, dan kemajuan dalam mencapai tujuan program. Secara sederhana dapat diartikan bahwasannya monitoring adalah suatu komponen yang sangat penting dan berpengaruh dalam suatu kegiatan dalam menjaga kualitas mutu dengan melihat ketepatan pegawai dalam melaksanakan program sesuai yang sudah di rencanakan dan di jadwalkan dalam menunjang kualitas dan kemajuan kegiatan.

Monitoring dirumah sakit adalah suatu kegiatan yang diselenggarakan sebagai upaya dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan proses mengevaluasi hasil kerja selama periode tertentu, Kegiatan ini juga dapat dilihat dari segi pemberi informasi dalam dunia kesehatan suatu lembaga yang bertugas memberi dan menyebarkan informasi tentang kesehatan maka dari itu kegiatan monitoring sangat berguna sebagai dasar analisa untuk perbaikan pelaksanaan program pemberian informasi dan data yang akurat. Kegiatan monitoring Rumah sakit ini berfokus pada pengawasan dan melihat perkembangan dari data-data rumah sakit sehingga bentuk informasi bisa dalam bentuk yang sesuai dengan indicator tertentu, Monitoring yang baik dapat berguna untuk memastikan program atau bagian dalam rumah sakit tetap berjalan sesuai dengan jalurnya dan dapat menjadi bahan evaluasi dengan

mengetahui hambatan-hambatan selama kegiatan dan menemukan solusi untuk mencapai tujuan bersama.

2.1.2 Ketepatan

Ketepatan adalah suatu usaha seseorang untuk mengarahkan objek bergerak ke suatu sasaran yang sesuai dengan tujuan atau melakukan gerakan tanpa membuat kesalahan. Pada hakekatnya ketepatan merupakan faktor yang diperlukan seseorang dalam mencapai target yang diinginkan. Sedangkan pada ketepatan kode diagnosis merupakan bentuk kesesuaian kode diagnosis yang ditetapkan petugas koding pada rekam medis pasien yang sesuai dengan aturan ICD-10.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tara Elma Frista dan Maisharoh tentang *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Pengkodean Diagnosa Penyakit* di dalamnya dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni ketepatan penulisan diagnosa penyakit adalah dokter yang menggunakan istilah bahasa indonesia, singkatan yang tidak sesuai dengan singkatan baku di rumah sakit, ejaan terminologi yang tidak sesuai dengan ejaan yang ada di ICD kejelasan penulisan diagnosa penyakit dan faktor penulisan kondisi pasien yang tidak lengkap dan tidak jelas, serta kurangnya kesadaran akan pengisian informasi medis pasien, serta ketepatan dalam menetapkan diagnosis utama sehingga sampai pada kode diagnosis tersebut dinyatakan tepat. Kegiatan dalam memberikan kode diagnosis yang tidak tepat akan sangat berpengaruh pada data informasi yang dihasilkan yang seharusnya data tersebut dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan yang akurat dan digunakan sebagai klaim biaya tarif pasien pada INA-CBG's sampai pada penyusunan laporan internal maupun external sehingga berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit. Ketepatan dalam pemberian diagnosis adalah suatu nilai kegiatan yang sangat penting karna pengkodean

merupakan hal yang memiliki banyak kegunaan dalam rumah sakit sebagaimana yang tercantum pada standar MIRM 9 dalam penilaian akreditasi versi STARKES yang didalamnya terdapat regulasi penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan dingkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit sehingga dapat meminimalisir kesalah pahaman yang akan terjadi di rumah sakit.

2.1.3 Kode Diagnosis

Dalam ilmu komunikasi kode adalah suatu bentuk atau aturan dalam menyederhanakan suatu informasi menjadi bentuk atau representasi lain dan memiliki beragam bentuk untuk mengidentifikasi masing masing objeknya, Sedangkan Diagnosis adalah kesimpulan pada kondisi kesehatan pasien apa yang sedang di rasakan atau di alami dalam bentuk nama - nama penyakit yang dapat digunakan para tenaga medis sebagai dasar dalam mengambil keputusan tindakan selanjutnya. Jadi Kodefikasi diagnosis adalah suatu proses merubah diagnosis menjadi suatu kode dalam bentuk angka dan huruf berdasarkan Kode klasifikasi penyakit oleh *World Health Organization* (WHO) yang bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera,gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.(Ida Nurhasanah Vol.9 : 2022). Dalam menunjang ke efektifan pencarian kodenya maka di golongkan menurut klasifikasi penyakit nya masing masing dan beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan menuju kode dalam bentuk huruf dan angka sesuai intruksi dari WHO Sejak tahun 1993 yang mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (alpha numeric), (DirjenYanmed (2006 : Revisi II : 59).

Berdasarkan SK terbaru dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan

Informasi Kesehatan dijelaskan bahwa keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang petugas rekam medis dan informasi kesehatan adalah mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia, yang digunakan untuk statistik penyakit dan sistem pembiayaan fasilitas pelayanan kesehatan. Dari peraturan tersebut dalam setiap fasilitas kesehatan ataupun rumah sakit dapat melakukan kegiatan Koding diagnosis yang dikerjakan oleh para petugas rekam medis sesuai kompetensi profesinya sehingga dapat memperoleh hasil kegiatan atau kode diagnosis yang akurat sesuai standart. Dengan melihat diagnosis pasien maka petugas dapat melakukan proses merubah diagnosis menjadi kode huruf dan angka dengan melihat aspek singkatan resmi rumah sakit dan aspek tanda baca dalam buku ICD-10 Volume 1, 2, dan 3 tetapi tugas ini harus disertai ketelitian karna biasanya masih banyak ditemukan di dokumen rekam medis yang memiliki banyak coretan diagnosis atau penggunaan singkatan yang tidak sama persepsi maka di haruskan untuk mengecek ulang dan mencari diagnosis utama terlebih dahulu tetapi apabila berkas rekam medis tersebut tidak dapat dibaca maka petugas dapat melihat mengidentifikasi atau meneliti diagnosis lain pada lembar catatan pasien terintegrasi dan apabila tidak ditemukan kode diagnosis yang paten maka petugas dapat menanyakan pada dokter atau perawat yang bertanggung jawab, Selain mampu membaca dokumen rekam medis petugas koding juga harus di bekali ilmu Terminologi medis dan juga tata cara *coding* yang sesuai dengan ketentuan pada buku ICD-10 sehingga dapat ditemukan kode yang akurat.

Dalam menggunakan buku ICD-10 terdapat struktur dasar ICD-10 yaitu terdiri dari 3 volume. Struktur dasar ICD-10 volume 1 adalah daftar tabulasi yang

berupa daftar alfanumerik dari penyakit dan kelompok penyakit beserta catatan “inclusion” dan “exclusion” dan beberapa cara pemberian kode, volume 2 berisi pengenalan dan petunjuk bagaimana menggunakan volume 1 dan volume 3, petunjuk membuat sertifikat dan aturan-aturan kode mortalitas, petunjuk mencatat dan mengkode kode morbiditas, dan volume 3 adalah indeks abjad dari penyakit dan kondisi yang terdapat pada daftar tabulasi. Dalam buku ICD -10 juga terdapat beberapa konvensi tanda baca yang harus di mengerti sebelum melakukan kegiatan *coding* pada daftar tabulasi ICD- 10 (Volume 1) terdapat penggunaan singkatan tertentu ada tanda baca, istilah, dan simbol yang merujuk pada pemberian kode seperti istilah “*inclusion*” (termasuk), tanda kurung / *Parentheses* untuk mengurung kata tambahan yang mengikuti istilah diagnostik tetapi tidak mempengaruhi kode ICD nya kemudian terdapat tanda baca kurung besar / *Square brackets* untuk mengurung persamaan kata atau sinonim, kata sebutan atau frasa penjelasan, *brace* / Kurung tutup bentuk kurung kurawa digunakan sebagai tanda dalam mengelompokkan istilah yang terkelompok dalam bagian dari “inclusion” dan “exclusion” sebagai tanda bahwasannya semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya sehingga masi harus ditambah keterangan yang ada di dalam tanda baca ini kemudian ada *Colon* /Tanda titik dua yang mempunyai makna sebagai pengikut kata sebutan dari suatu kelompok yang penulisan istilah diagnosis nya belum lengkap dan belum selesai ditulis, Selanjutnya ada NOS / *Not otherwise specified* yang berguna sebagai petunjuk agar petugas lebih teliti lagi sehingga tidak salah pilih kode yang sesuai dengan diagnosis, NEC / *Not elsewhere classified* sebagai tanda baca untuk memperingati bahwasannya terdapat daftar urut yang ada dibawah judul sehingga

dapat ditemukan kekhususan yang tidak sama dan muncul terklasifikasi ditempat lain, kemudian ada *And* dan *Point dash* yang berguna jika ada nomor kode berakrakter ke 4 dari suatu sub kategori (-) yang berarti penulisan kode nomor ini belum lengkap dan petugas harus mengisi tanda itu dengan 1 nomor lagi dengan melihat karakter ke 4 dari diagnosisnya, Selanjutnya ada kode rangkap *Dagger* (sangkur) dan *Asterik* (bintang) yang digunakan sebagai tanda kode utama sebab sakit yakni dagger dan kode untuk manifestasi dari lanjutan diagnosis yang ada yakni asterik, kemudian ada Rujuk silang / *See, see also* yang digunakan apabila ada perintah dalam kurung.

Seiring dengan kegunaannya maka dalam menemukan *coding* diagnosis penyakit dan tindakan memiliki beberapa langkah dan ketentuan yang harus dicapai yakni:

1. Dalam Permenkes No 24 Tahun 2022 tentang rekam medis kualifikasi pendidikan telah lulus pendidikan Rekam Medis dan informasi kesehatan, sesuai ketentuan peraturan perundang undangan pada Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis dengan standart pendidikan RMIK Diploma -III (tiga) Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Diploma IV (empat) dan Sarjana I (satu) Manajemen Informasi Kesehatan dan yang sudah pernah mengikuti pelatihan pengkodean dan tersertifikasi.
2. Beberapa pihak yang terlibat dalam kegiatan coding diagnosis penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan adalah pasien, petugas rekam medis, dokter, dan petugas verivikator.
3. Dokumen rekam medis yang dimaksud adalah dokumen rawat inap yang sebelumnya sudah melalui tahap perakitan formulir atau assembling dan analisis

kuantitatif yang akhirnya sampai pada bagian coding untuk ditentukan kode diagnosis penyakit beserta dengan tindakannya.

4. Dokter yang dimaksud adalah dokter DPJP yang menangani pasien saat dilakukan tindakan sehingga apabila terdapat diagnosis penyakit yang tidak dapat terbaca bisa menghubungi dokter yang bersangkutan.
5. Langkah – Langkah Koding diagnosis penyakit:
 - a. Identifikasi diagnosis penyakit yang akan dikode dan merujuk ke seksi yang tepat pada indeks alfabet.
 - b. Menentukan Lead Term dari diagnosis penyakitnya
 - c. Mencari kode yang sesuai di Indeks daftar alphabet (ICD- 10 Vol. 3)
 - d. Melihat note dan keterangan atau perintah lain yang berpengaruh
 - e. Menentukan kode berdasarkan ICD- 10 volume 3
 - f. Mengontrol (melihat kembali) kode tersebut di Volume 1, membaca note, exclude, include, dan subdivision
 - g. Meneliti kembali dengan diagnosis penyakit pasien
 - h. Menentukan dan menuliskan kode akhir diagnose dengan benar

Tidak hanya dilihat dari segi standart dan langkah – langkah, Proses dalam melakukan kegiatan coding juga turut serta dicampuri oleh beberapa pihak tidak hanya dari petugas rekam medis sendiri tapi juga terdapat pihak profesional pemberi pelayanan kesehatan yang lain seperti :

1. Dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang melayani pasien di rumah sakit
2. Dokter tamu yang memberikan perawatan pada pasien
3. Dokter residen yang sedang melakukan kegiatan pelatihan kompetensi dasar
4. Tenaga Rekam medis pasien.

Dengan ketentuan dokumen rekam medis harus dibuat dan dikerjakan segera setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan :

1. Setiap melakukan kegiatan konsultasi dengan pasien hasil konsultasi diharapkan segera ditulis pada dokumen rekam medis dalam kurun waktu 1 x 24 jam.
2. Dalam dokumen rekam medis semua pencatatan yang diberikan oleh dokter maupun tenaga medis lain harus diberi tandangan disertai nama terang dilengkapi dengan tanggal.
3. Pencatatan yang dilakukan oleh mahasiswa kedokteran dan tenaga medis lainnya menjadi tanggungjawab dokter yang merawat dan dokter pembimbingnya.
4. Pencatatan yang diberikan oleh residen juga harus dengan dokter pembimbingnya.
5. Dokter atau tenaga medis lain yang melakukan pencatatan jika melakukan kesalahan dapat diperbaiki dengan mencoret 1 kali yang salah serta diberi paraf.
6. Jika terjadi kesalahan tidak diperbolehkan melakukan penghapusan tulisan dengan cara apapun.

Dilihat dari banyaknya pihak yang terlibat maka banyak pula presepsi dalam meninjau kode diagnosis penyakit maka dari itu penggunaan singkatan dan penyamaan presepsi sangat berperan penting dalam proses pengkodean agar tidak salah. Terutama dalam proses kegiatan mengkoding diagnosis penyakit petugas rekam medis perlu memperhatikan hal hal sebagai berikut :

1. Petugas rekam medis diharuskan mengisi dokumen rekam medis dengan lengkap dan jelas sehingga mudah dipahami dan dibaca.

2. Petugas rekam medis harus mengoreksi kelengkapan dokumen rekam medis dan apabila tidak lengkap dapat dikembalikan lagi ke ruangan rawat inap asal pasien kepada dokter atau tenaga medis yang bertanggungjawab.

Melihat betapa pentingnya pengaruh kegiatan coding pada diagnosis penyakit menjadi tantangan bagi para penyedia fasilitas pelayanan untuk terus melakukan perbaikan dengan melakukan monitoring dan evaluasi ketepatan kode diagnosis yang diberikan kepada pasien dengan pencatatan yang spesifik dan dapat memfasilitasi petugas analisis(analising) dan pelaporan(reporting) dalam membuat laporan pernyataan ulang penyakit yang digunakan sebagai penagihan untuk pembayaran biaya layanan, pengindeksan catatan dan tindakan penyakit fasilitas medis,dan meningkatkan akses manajemen rumah sakit dalam memberikan informasi yang benar.

2.1.4 Akreditasi Versi STARKES Kementerian Kesehatan

Mutu pelayanan menjadi aspek yang sangat penting dalam penilaian mengenai sebuah kinerja. dilihat dari aspek kepuasan konsumen dan masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan bermutu dan mengedepankan rasa aman efisien dan efektif tepat waktu akurat dan terintegrasi dalam hal ini terdapat 2 cara dalam meningkatkan mutu yang tertuang dalam keputusan menteri kesehatan nomor HK.01.07/menkes/1128/2022 tentang standart akreditasi Rumah sakit yakni secara internal dan eksternal. Dalam meningkatkan mutu secara internal (*internal continous quality improvement*) Rumah sakit dapat melakukan upaya ini secara berkala seperti penetapan, pengukuran, pelaporan dan mengevaluasi indikator kegiatan yang dilaksanakan sedangkan dalam meningkatkan mutu secara eksternal rumah sakit dapat ikut serta dalam partisipasi perizinan sertifikasi dan akreditasi. Akreditasi adalah pengakuan tentang nilai dari kuliatas suatu lembaga yang sudah

memenuhi standart akreditasi yang disetujui oleh pemerintah, Dalam hal ini pemerintah juga dapat mengambil sisi positif bahwasannya dengan adanya akreditasi dapat mempermudah untuk mengetahui rumah sakit yang sudah ter akreditasi sesuai dengan regulasinya dengan target RPJMN Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun. 2020-2024. Dalam pelaksanaannya Akreditasi memiliki beberapa tujuan :

1. Bermaksud untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien untuk mengurangi resiko kemungkinan buruk terhadap pasien di rumah sakit.
2. Menjadi acuan standart penyelenggaraan kegiatan di rumah sakit dengan kualitas yang baik.
3. Menjadi acuan bagi Kementrian kesehatan, Dinas Kesehatan maupun lembaga lembaga pemerintahan dalam melakukan evaluasi dan monitoring mutu keselamatan pasien di rumah sakit.

Dalam surat keputusan akreditasi terdapat beberapa kelompok standar akreditasi rumah sakit menurut fungsi pentingnya masing – masing yang dibagi dalam beberapa kelompok kerja. Kelompok yang pertama adalah kelompok manajemen rumah sakit yang terdiri dari tata kelola rumah sakit (TKRS), kualifikasi dan pendidikan staf (KPS), manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK), peningkatan mutu dan keselamatan pasien (MFK), manajemen rekam medis dan informasi kesehatan (MRMIK), pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), pendidikan dalam pelayanan kesehatan (PPK) kelompok selanjutnya adalah yang berfokus pada pasien seperti akses dan kontinuitas pelayanan (AKP), hak pasien dan keluarga (HPK), pengkajian pasien (PP), pelayanan anastesi dan bedah (PAB), pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO), komunikasi dan

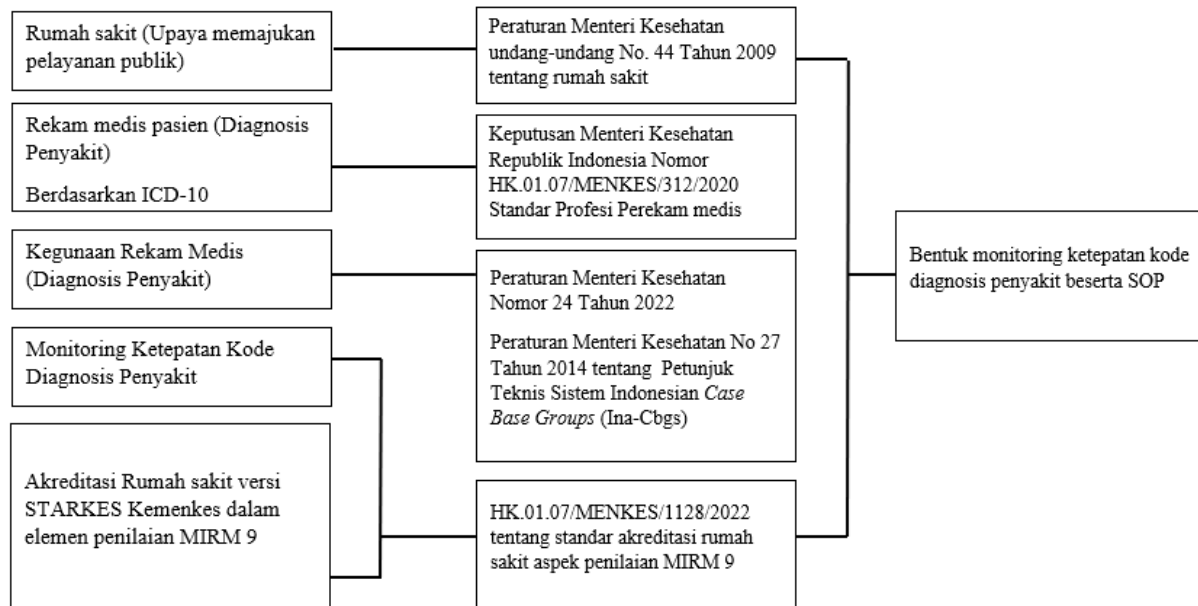
edukasi (KE) kelompok selanjutnya ada sasaran keselamatan pasien (SKP) dan kelompok program nasional (PROGNAS).

Salah satu acuan perekam medis dalam pengelolaan pelayanan manajemen rumah sakit yang tertuang pada KMK -1128 Akreditasi Kementerian kesehatan adalah MRMIK yang terdiri dari 13 standar yang titik berat fokusnya ada pada pelaksanaan manajemen informasi, pengelolaan dokumen rekam medis pasien dan teknologi informasi kesehatan dipelayanan kesehatan pada MRMIK 9 terdapat standart yang mengatur penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan dingkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit. Hal ini memiliki maksud dan tujuan dalam penggunaan simbol kode dan singkatan yang seragam dan sesuai standar dapat mencegah terjadinya kesalahpahaman dalam komunikasi dan pemberian asuhan ataupun pengambilan keputusan lain. Dengan adanya standar ini diharapkan rumah sakit dapat menetapkan daftar dalam penggunaan kode, simbol dan singkatan yang digunakan sesuai dengan standar seragam konsistem dan sesuai dengan standar praktik profesional yang penggunaan kode rekam medisnya menggunakan ICD-10 untuk kode penyakit dan ICD-9 untuk kode tindakan sesuai standar yang ditetapkan rumah sakit dan dilakukan evaluasi. Berikut adalah beberapa elemen penilaian pada Akreditasi MRMIK 9 :

1. Dalam penggunaan kode diagnosis, prosedur, singkatan dan simbol yang sudah sesuai dengan ketetapan dan standar rumah sakit memiliki bukti regulasi meliputi Standarisasi kode diagnosis, prosedur dan tindakan beserta definisinya kemudian penggunaan simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan

2. Kegiatan evaluasi dan monitoring yang dilakukan secara berkala untuk melihat penggunaan kode diagnosis prosedur simbol dan singkatan yang digunakan di rumah sakit dengan diberi bukti tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala dan bukti tentang rencana tindak lanjut untuk perbaikan rumah sakit yang sesuai dengan regulasi yang dititik beratkan boleh digunakan dan tidak kemudian terdapat bukti mengenai rencana tindak lanjut atau perbaikan dan dilakukan pelaporan yang disaksikan langsung oleh direktur dan para pimpinan rumah sakit dan petugas yang melakukan monitoring

2.2 Kerangka Teori

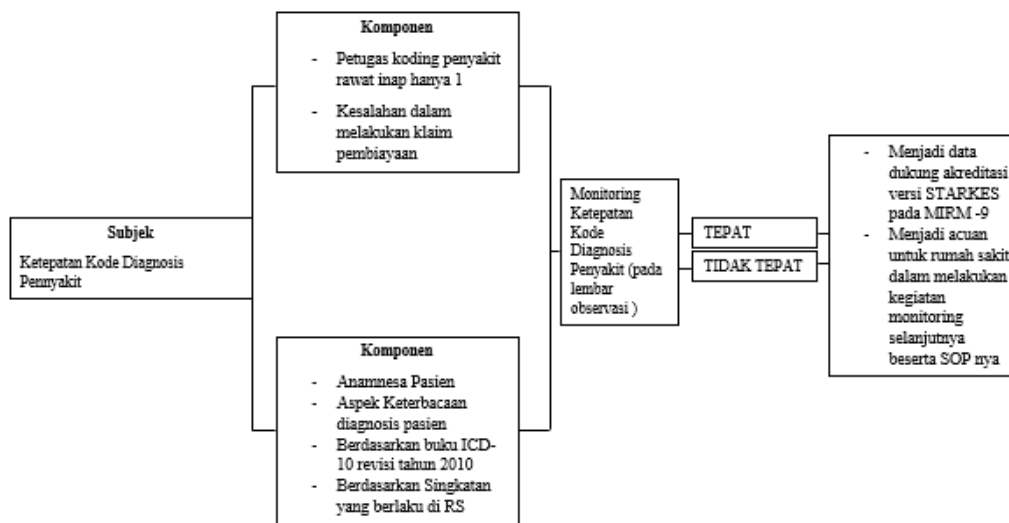


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Dalam gambar 2.1 berisi penjelasan mengenai kerangka teori yakni visualisasi hubungan antara berbagai variabel untuk menjelaskan sebuah fenomena atau permasalahan (Wibowo,2014). yang dimulai dari pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit yakni suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang berupaya untuk memajukan pelayanan publik sampai derajat setinggi – tingginya kemudian pada unit rekam medis khususnya pada kompetensi utama seorang perekam medis yakni kodefikasi penyakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam medis, Selanjutnya peneliti melihat betapa pentingnya kegunaan rekam medis khususnya pada diagnosis penyakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 dan Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (Ina-Cbgs) yang di dalamnya berisi kegunaan rekam medis sebagai *dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dan bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.* Melihat pentingnya kegunaan rekam medis khususnya pada kegiatan kodefikasi penyakit maka dari itu dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan mutu rumah sakit dilakukannya kegiatan monitoring kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES pada aspek penilaian MIRM 9 berdasarkan HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang standar akreditasi rumah sakit sehingga peneliti mendapatkan hasil dari penelitian ini adalah bentuk monitoring ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang

akreditasi rumah sakit versi STARKES di RSUD Kanjuruhan beserta SOP yang nantinya dapat dijadikan acuan untuk rumah sakit pada kegiatan selanjutnya.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Dalam gambar 1.2 berisi penjelasan mengenai kerangka konsep menjelaskan hubungan antara variabel satu dengan lainnya dalam desain sistem kerja kemudian mengimplementasikannya secara langsung. Subjek penelitian ini yakni *Ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Kanjuruhan* yang dalam pelaksanaannya dipengaruhi oleh beberapa komponen yakni anamnesa pasien, aspek keterbacaan, penggunaan buku ICD-10 dan singkatan yang berlaku di rumah sakit sebagai acuan dalam menentukan kode diagnosis penyakit dengan kendala petugas koding rawat inap di rumah sakit hanya 1 sehingga munculnya dugaan masalah kesalahan dalam melakukan klaim pembiayaan pasien maka dari itu dilakukannya kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap selama 3 bulan yakni bulan Juli, Agustus, September untuk menilai berapa presentase nilai TEPAT dan TIDAK TEPAT dalam kurun waktu 3 bulan kemudian data ini digunakan sebagai data dukung dalam pelaksanaan akreditasi penilaian akreditasi versi STARKES MIRM -9 dan dapat dijadikan acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan monitoring selanjutnya beserta SOP nya.

BAB III

METODE PENELITIAN

1.6 Rancangan Penelitian

Penelitian ini masuk dalam kategori penelitian kuantitatif dimana peneliti dapat menggunakan data dalam bentuk angka dan numerik dalam penelitian dan metode ini bertujuan untuk menyediakan bentuk dari kegiatan monitoring ketepatan kode diagnosis penyakit yang didalamnya berisi data nilai ketepatan kode diagnosis penyakit dengan kurun waktu 3 bulan dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan beserta SOP pelaksanaanya.

1.7 Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah ketepatan kode diagnosis penyakit meliputi ketepatan coding diagnosis penyakit, aspek keterbacaan, kesalahan dalam penulisan dan setiap Lembar formulir rekam medis 2B akan di observasi menggunakan Instrumen penelitian yakni lembar observasi untuk di nilai tepat dan tidak tepatnya diagnosis dan perhitungan hasil penilaian jika sesuai diberi nilai “TEPAT” jika tidak sesuai diberi “TIDAK TEPAT”.

1.8 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Ketepatan Kode diagnosis penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap	Kegiatan dalam menganalisis nilai ketepatan kode diagnosis berdasarkan buku standar untuk kegiatan pengkodean penyakit yakni ICD-10	Lembar Observasi ICD-10 Revisi Tahun 2010	Variabel Ketepatan di peroleh dari nilai tepat tidak nya diagnosis penyakit. Jika tepat diberi nilai TEPAT Jika tidak sesuai diberi nilai TIDAK TEPAT	Nominal

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Varibel

1.9 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah objek/subyek yang akan diteliti oleh peneliti sesuai dengan pendapat menurut Sugiyono (2011 : 80) dimana “populasi dikatakan adalah suatu wilayah generalisasi yang terdiri dari suatu obyek/subyek dan memiliki karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya” Pendapat ini digunakan sebagai acuan untuk menentukan populasi yang digunakan. Peneliti menggunakan data populasi dokumen rekam medis pada kunjungan pasien rawat inap selama 3 bulan yakni Juli, Agustus, September tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan Kepanjen yang berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dengan teknik pengambilan sampel yakni *Probability Sampling* dimana peneliti dapat memiliki ruang dengan memberikan kesempatan yang sama pada semua populasi untuk dapat menjadi sampel dan menggunakan cara menggunakan sistem *simple random sampling* sehingga penulis dapat melakukan pengambilan sampel secara acak dengan memilih sampel yang mendekati kriteria yang cukup ideal untuk dipilih menjadi anggota sampel dan peneliti menggunakan rumus Slovin untuk menentukan jumlah sampel yang akan diteliti dimana peneliti menggunakan metode praktis untuk menentukan ukuran atau jumlah sampel yang jumlah populasinya besar dengan batas toleransi kesalahan sudah ditetapkan oleh peneliti di awal.

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan :

n : Ukuran sampel

N: Ukuran Populasi=

E: Presentase Kelonggaran Ketelitian 5%

Jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 3.170 maka dari itu peneliti menentukan aspek presentase kelonggaran menjadi 5% dengan hasil perhitungan untuk mencapai kesesuaian maka untuk mengetahui sampel penelitian dilakukan perhitungan sebagai berikut:

Bulan	Total Kunjungan Rawat Inap
Juli	951
Agustus	1091
September	1128
Total	3.170

Tabel 3. 2 Data Kunjungan Rawat Inap 3 Bulan

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{3.170}{1 + 3.170 (0,05)^2} \\
 &= \frac{3.170}{1 + 3.170 \times 0,0025} \\
 &= \frac{3.170}{1 + 7,95} \\
 &= \frac{3.170}{8,95}
 \end{aligned}$$

= 354,1 dibulatkan menjadi 354

Maka dari itu peneliti akan melakukan kegiatan *Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit* pada 354 sampel dokumen rekam medis pada formulir rekam medis 2B di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang.

1.10 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

A. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan peneliti dalam memperoleh data adalah lembar Observasi dari kegiatan monitoring ketepatan kode diagnosis yang sudah ditentukan sampelnya. Nantinya data ini akan menjadi instrumen utama penelitian, karena data yang akurat akan menentukan seberapa efektif kegiatan monitoring ini dalam menunjang akreditasi rumah sakit terkait.

B. Cara Pengumpulan Data

Observasi dengan Metode angket yang digunakan peneliti berupa lembar observasi yang nantinya akan menjadi alat saat peneliti melakukan observasi pada lembar rekam medis pasien RM 2B dengan mengukur ketepatan kode diagnosis yang diberi oleh petugas coding dan di nilai ketepatannya.

- a. Melakukan pengambilan sampel dokumen rekam medis rawat inap pada data kunjungan bulan Juli, Agustus, September sejumlah 354 sampel dokumen rekam medis.
- b. Membuka dokumen rekam medis pada halaman formulir RM 2B dan melihat diagnosis pasien yang tertera.
- c. Menilai ketepatan kode diagnosis yang diberikan oleh petugas coding dengan diagnosis pasiennya dengan memberi nilai TEPAT dan TIDAK TEPAT pada lembar observasi.

1.11 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Teknik Pengolahan data yang dilakukan peneliti adalah dengan mengambil 354 sampel dari dokumen rawat inap selama 3 bulan yakni Juli, Agustus dan September. Kemudian dilakukan analisis data menggunakan tabel lembar observasi yang digunakan untuk memonitoring ketepatan kode diagnosis pasien pada dokumen rekam medis dengan cara peneliti memberikan dua tabel yang terdiri dari "*TEPAT*" dan "*TIDAK TEPAT*" yang nantinya akan diperoleh dari data masing masing tabel. Setelah dilakukan kegiatan mengumpulkan data dari lembar observasi dan data tersebut masih berupa data mentah, Maka dari itu kita harus melakukan proses dalam pengolahan data yakni :

- a. Mengoreksi data yang diperoleh untuk meminimalisir kesalahan dalam pengambilan data sampel

- b. Mengklasifikasikan dan menggolongkan data guna mempermudah peneliti dalam memperoleh gambaran dari jawaban pada setiap variabel penelitian.
- c. Mengoreksi data dengan media lembar tabel monitoring.
- d. melakukan entri data pada aplikasi Microsoft Excel untuk mempermudah peneliti dalam melakukan perhitungan.
- e. Editing data yang diperoleh untuk memudahkan proses perhitungan dalam bentuk presentase.
- f. Menganalisis nilai kesesuaian yang diperoleh.

Setelah mendapatkan data yang diinginkan dari penelitian peneliti melakukan analisis data yang merupakan upaya untuk mengetahui kebenaran dari data penelitian. Pendapat dari Miles and Huberman dalam Sugiyono 2011: 246 menjelaskan tentang kaitan “segala aktivitas dalam analisis data, terdapat bagian *reduction, data display, dan conclusion drawing/verification*” Dari 3 bagian tersebut dijelaskan sebagai berikut :

- a. *Data reduction* (Reduksi data)

Kegiatan yang sangat penting dilakukan dalam penelitian yang melibatkan sampel banyak sehingga dengan adanya data reduksi ini bertujuan untuk merangkum dan memilih hal hal utama sebagai inti dari penelitian yang fokusnya pada hal – hal penting. Sehingga dengan mereduksi data peneliti dapat memilih data mana yang penting digunakan untuk penelitian.

- b. *Data display* (Penyajian data)

Setelah memilih data yang ada untuk penelitian maka peneliti harus melakukan penyajian data. Untuk penelitian ini data akan disajikan dalam bentuk tabel, dan data presentase dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Presentase

F = Frekuensi tiap hasil

N = Jumlah keseluruhan sampel/data

100 = Konstanta

- c. *Conclusion drawing/verificatioan*

Kegiatan ini digunakan untuk menarik kesimpulan sementara di lapangan sehingga pada penelitian ini dapat menjawab sementara rumusan masalah yang disajikan sejak awal.

1.12 Tahapan Penelitian

Dalam memudahkan proses kegiatan penelitian maka dari itu berikut adalah tahapan dalam penelitian antara lain:

a. Tahap Persiapan Penelitian

Pada tahap ini peneliti dapat melakukan persiapan untuk menunjang proses penelitian dengan melakukan studi pendahuluan di rumah sakit terkait dan menyiapkan lembar observasi yang akan digunakan untuk kegiatan monitoring. Sebelum melakukan kegiatan monitoring peneliti melakukan perizinan dulu kepada pihak bagian rekam medis di RSUD Kanjuruhan Kab Malang.

b. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pada tahapan ini peneliti melakukan kegiatan monitoring dengan melihat satu persatu sejumlah 97 sampel dokumen rekam medis dan menilai pada lembar observasi yang sudah dibuat untuk melihat nilai ketepatan dan keakuratan kode diagnosisnya.

c. Tahap Analisa Data Penelitian

Pada tahapan analisa data penelitian peneliti menggunakan analisis univariant untuk melihat dan menganalisis masing-masing dari tiap variabel yang di teliti untuk mengetahui dan menilai berapa presentase kesesuaian kode diagnosis penyakitnya, Kemudian jika data sudah terkumpul dapat dilakukan entri pada Microsoft Excel dan data dinilai menggunakan analisis deskriptif.

d. Manajemen Data

Setelah ditemukan dari hasil perhitungan data peneliti akan menyajikan data ketepatan kode diagnosis penyakit selama 3 bulan dalam bentuk presentase.

1.13 Etika Penelitian

Dalam melaksanakan kegiatan penelitian seorang peneliti diharuskan memperhatikan beberapa kode etik sebagai berikut :

a. *Respect for person (other)*

Penerapan prinsip ini bertujuan untuk menghormati setiap bagian dan otonomi dalam pengambilan keputusan secara mandiri (*self determination*) sehingga dapat melindungi kelompok atau bagian yang rentan berhubungan dengan variabel penelitian dari penyalahgunaan.

b. *Beneficence and Non Maleficence*

Prinsip kegiatan penelitian untuk selalu berbuat baik dan dapat memberikan manfaat yang maksimal dengan resiko yang minimal.

c. Prinsip etika keadilan (*Justice*)

Prinsip yang digunakan sebagai penekanan bagi setiap orang untuk mendapatkan hak nya menyangkut keadilan dan pembagian secara seimbang.

BAB IV

PEMBAHASAN

1.14 Hasil Penelitian

4.1.1 Untuk mengidentifikasi kesalahan umum dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit sekaligus mengevaluasi kepatuhan berdasarkan pedoman pengkodean diagnosis penyakit di RSUD Kanjuruhan

Berdasarkan hasil dari kegiatan penelitian kegiatan monitoring di RSUD Kanjuruhan adalah kegiatan untuk menilai ketepatan pada kode diagnosis penyakit yang mengacu pada buku panduan dalam menentukan kode diagnosis penyakit yakni ICD -10 dan simbol singkatan yang berlaku di rumah sakit. Dalam menentukan koding di RSUD Kanjuruhan di lakukan oleh 1 petugas yang mengerjakan koding diagnosis penyakit rawat inap dengan kualifikasi lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, mengacu pada SOP dalam menentukan kode diagnosis milik RSUD Kanjuruhan yang diterbitkan pada tanggal 25 bulan Oktober tahun 2022 dengan tujuan sebagai acuan dalam menerapkan tatacara pemberian kode berdasarkan kebijakan direktur RSUD Kanjuruhan 188.4/112/KEP/35.07.2008/2022 Tentang kebijakan pelayanan rekam medis di RSUD Kanjuruhan, dalam SOP tersebut berisi mengenai prosedur dan tata cara petugas apabila akan melakukan kegiatan koding penyakit sebagai berikut:

- a. Baca diagnosa pasien
- b. Identifikasi tipe pernyataan yang akan di kode lihat buku ICD -10 Volume 3 jika pernyataan penyakit/cidera diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan pada bab 21(section 1 vol 3), jika penyebab luar atau cidera diklasifikasikan pada bab 20 (section II vol 3)
- c. Tentukan leadterm untuk penyebab cidera yang biasanya dapat berupa kata benda untuk kondisi patologis namun beberapa kondisi dijelaskan dengan kata sifat atau “xxx” dimasukkan indeks sebagai leadterm
- d. Baca semua catatan atau petunjuk dibawa kata kunci

- e. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode atau penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata pada diagnosis tercantum
- f. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (see dan see also)
- g. Cek ketepatan kode diagnosis pada vol 1 untuk kategori 3 karakter dengan (point dash) yang berarti terdapat karakter ke 4 yang harus ditentukan pada volume 1
- h. Baca setiap inclusion atau exclusion
- i. Tentukan kode penyakit

Dalam pelaksanaan kegiatan kodefikasi penyakit petugas sering menemukan diagnosis yang tidak terbaca dan tidak diberi diagnosis oleh dokter sehingga dari sini akan menimbulkan tingkat kepatuhan petugas dalam melaksanakan kegiatan koding seperti akibat dari diagnosis yang tidak terbaca akan mempengaruhi petugas dalam menentukan kode diagnosis penyakit secara lengkap sampai karakter ke 4 karna tidak terbaca sehingga petugas tidak dapat melengkapi kode tersebut hanya berenti pada karakter ke 3 kode diagnosis penyakit hal ini yang dapat menimbulkan ketidaktepatan kode diagnosis penyakit. Kemudian apabila didapati dokumen rekam medis yang tidak diberi diagnosis oleh dokter akan sangat menghambat petugas dalam menentukan koding sehingga petugas tidak dapat menentukan kode diagnosis yang tepat diberikan untuk pasien tersebut hal ini juga menjadi salah satu faktor tidak tepatnya kode diagnosis yang diberikan.

Kegiatan dalam menilai ketepatan kode diagnosis penyakit di RSUD Kanjuruhan sebagai penunjang penilaian akreditasi versi STARKES juga merupakan kegiatan yang dilaksanakan dalam rentang tiga bulan sekali tetapi kondisi saat ini kegiatan monitoring jarang dilakukan karna belum adanya bentuk pedoman yang jelas dalam menunjang proses pelaksanaannya. Kegiatan monitoring di RSUD Kanjuruhan memiliki tujuan yang harapannya dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbaikan dalam kegiatan kodefikasi penyakit yang dilaksanakan oleh para coder di RSUD Kanjuruhan, Petugas pada kegiatan kodefikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan dilakukan oleh 1 orang pada bagian pelaporan dengan kualifikasi lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Kegiatan monitoring sendiri dilakukan oleh petugas tersebut dan dibantu oleh petugas rekam

medis lain dengan kualifikasi profesi yang sama yakni lulusan rekam medis dan informasi kesehatan dengan menggunakan lembar instrumen monitoring dan menggunakan acuan buku ICD-10 yang berlaku di Indonesia dan menggunakan simbol singkatan yang berlaku di rumah sakit.

Hasil dari kegiatan monitoring ini dalam bentuk laporan yang nantinya dapat dibuat sebagai bahan kegiatan laporan triwulan rumah sakit. Pada penelitian ini kegiatan monitoring dilakukan dengan menggunakan 354 dokumen rekam medis dengan melihat lembar formulir rekam medis 2B yakni resume medis untuk melihat diagnosa penyakit pasien dan kode yang sudah diberikan oleh petugas kemudian petugas akan menggunakan instrumen dalam kegiatan monitoring dengan memasukkan kode diagnosa penyakit dan kode nya dalam kolom yang sudah disediakan untuk di nilai apakah Tepat atau Tidak Tepat. Maka dari itu pelaksanaan kegiatan monitoring ini diharapkan bisa dilakukan secara berkala dan terus menerus agar dapat menunjang dalam memenuhi aspek penilaian akreditasi versi STARKES pada MIRM 9 yang rutin dilaksanakan. Dalam menunjang harapan ini peneliti menyediakan bentuk pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan kegiatan monitoring yakni *SOP Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis* yang dibuat berdasarkan pengalaman peneliti saat melakukan kegiatan monitoring dalam menilai ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Kanjuruhan.

4.1.2 Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan

Total Sampel	Kategori	Jumlah	Presentase
354	Tepat	297	83%
(Dokumen rekam medis rawat inap)	Tidak Tepat	57	16%

Tabel 4. 1 Tabel Ketepatan dan Ketidaktepatan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 57 dokumen yang memiliki diagnosis penyakit Tidak Tepat dan 297 dokumen Tepat makadari itu peneliti melakukan perhitungan data untuk menemukan nilai presentase hasil monitoring pada ketepatan kode sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Presentase
 F : Frekuensi tiap hasil
 N : Jumlah keseluruhan sampel/data
 100 : Konstanta

$$P = \frac{297}{354} \times 100\%$$

$$= 0,83 \times 100\%$$

$$= 83\%$$

Hasil perhitungan ini menunjukkan bahwasannya angka ketepatan pada kode diagnosis di RSUD Kanjuruhan adalah sebesar 83%. Berdasarkan nomor HK.01.07/menkes/1128/2022 tentang standart akreditasi Rumah sakit menyatakan bahwasannya tingkat tertinggi dari nilai hasil akreditasi sendiri adalah paripurna dengan kriteria seluruh bab penilaian mendapat nilai 80%. Dapat disimpulkan bahwasannya hasil ketepatan kode diagnosis pada RSUD Kanjuruhan sudah sesuai dengan standart pada akreditasi STARKES.

Penulisan kode diagnosis yang dituliskan oleh coder sangat bervariasi. beberapa kode diagnosis dituliskan dengan tepat hingga hampir semua dokumen, beberapa lagi terdapat ketidaktepatan setelahnya. Berikut adalah contoh dalam variasi ketepatan dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis yang ditemukan oleh peneliti :

NO	No Rekam Medis	Diagnosis	Kode Diagnosis	Kode Diagnosis	Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10		Keterangan
					Tepat	Tidak Tepat	
			(Yang diberikan oleh petugas pada lembar RM 2B)	(yang Seharusnya berdasarkan buku ICD-10 Revisi terbaru)			
3	540453	Broncopneumonia	J18.0		Tepat		
164	542957	Broncopneumonia	J11.0	J18.0		Tidak Tepat	Kode nya salah

Tabel 4.2 Variasi I Ketidaktepatan Kode Diagnosis

NO	No Rekam Medis	Diagnosis	Kode Diagnosis	Kode Diagnosis	Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10	Keterangan
			(Yang diberikan oleh petugas pada lembar RM 2B)	(yang Seharusnya berdasarkan buku ICD-10 Revisi terbaru)		
19	232653	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat	
151	542157	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat	
211	475157	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat	
236	537557	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat	
260	528857	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat	
339	536955	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat	

Tabel 4.3 Variasi II Penulisan Kode Diagnosis

Dalam contoh tersebut terdapat perbandingan antara penulisan kode diagnosis yang telah dilakukan, sebagai salah satu contoh adalah penulisan kode diagnosis untuk penyakit *Broncopneumonia*, pada awal penulisan diagnosisnya sudah tepat dituliskan. Akan tetapi, hal tersebut berubah pada dokumen yang selanjutnya karena terdapat kesalahan dalam penulisan kodenya. Variasi yang selanjutnya adalah penulisan kode diagnosis untuk penyakit *Hipoalbuminemia*. Secara keseluruhan penyakit ini terdapat 6 diagnosis dan dituliskan dengan tepat seluruhnya.

Dari hasil data di atas peneliti menemukan beberapa kode diagnosis penyakit yang disebutkan secara berulang ulang sebagai diagnosis utama seperti kode pada diabetes melitus type 2 yang sesuai dengan aturan pengodean ICD-10 yakni kode E11.9 hal ini sesuai dengan penelitian Rhahmawati (2017) yang menyatakan bahwa kode yang tepat diberikan pada diagnosis diabetes melitus type 2 yakni E11.9. Dari hasil identifikasi nilai ketepatan rata rata kode yang diberikan petugas dalam setiap kode diagnosis merupakan karakter ke 4 hanya beberapa kode yang diberikan menggunakan karakter ke 3 seperti Celulitis yang posisinya sebagai penyakit utama yakni dengan kode L03 sesuai dengan aturan pengodean yakni ICD-10.

Hasil identifikasi nilai yang mempengaruhi ketidaktepatan kode diagnosis penyakit peneliti sering sekali menemukan kode diagnosis yang tidak sejajar dengan barisan diagnosis nya sehingga apabila dibaca resiko kesalahan akan lebih tinggi berkaibat klaim kode diagnosis yang tidak sesuai dengan diagnosis pasiennya seperti:

Contoh 1:

Kondisi utama : Colic Abdomen (barisan 1)

Kondisi lain : DM type 2 (barisan 2)

Diberi kode : Diabetes melytus type 2 (E11.9) barisan 1 dan Colic Abdomen (R10.4) barisan ke 2

Seperti contoh tersebut terjadi tidak seajarnya antara diagnosis dan kode yang diberikan sehingga menimbulkan kesalahfahaman petugas lain terkait diagnosa utama pasien. Kemudian terdapat beberapa diagnosis pasien yang belum diberikan kode oleh petugas karna terlewat dan tertimbun dengan dokumen rekam medis yang baru datang lagi dan terdapat kode diagnosis yang salah tetapi petugas lupa untuk membenarkan (1 dokumen rekam medis) yang tidak tepat karena tidak dikode dipengaruhi oleh faktor petugas coding yang lupa dalam menuliskan kode pada formulir dan melakukan rampel kegiatan lain sehingga terlewat tidak dikode yaitu Stroke Infark Trombotik.. Kode yang benar berdasarkan ICD-10 yaitu I63.3. Hal ini sesuai dengan penelitian Wariyanti (2013) yang menyatakan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan diagnosis tidak diberi kode karena ketidaktelitian coder dalam menganalisis berkas rekam medis dan faktor beban kerja yang berlebihan.

Berdasarkan hasil kegiatan monitoring yang dilakukan oleh peneliti dalam menilai ketepatan kode diagnosis penyakit sering sekali ditemukan diagnosis yang disebutkan berulang ulang seperti CVA Infark, Diabetes Melitus Type II, dan Hypertensi. sehingga peneliti mengganti dengan isi dari dokumen lain yang sesuai dengan kategori pengambilan sampel secara random sampling. Dalam proses pengambilan sampel peneliti mengklasifikasikan dan menggolongkan data terlebih dahulu karna pada setiap lembar dokumen RM 2B terdapat banyak data yang terdiri dari kode diagnosis penyakit maupun tindakan maka dari itu peneliti hanya melihat pada kode diagnosis penyakit saja dan dilakukan koreksi data pada lembar

observasi yang digunakan. Setelah dilakukan koreksi data peneliti melakukan kegiatan entri data pada aplikasi Microsoft Excel untuk mempermudah peneliti dalam melakukan perhitungan dan dilakukan proses editing data yang diperoleh untuk memudahkan proses perhitungan.

4.1.3 Bentuk dari perencanaan SOP kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan.

Berdasarkan hasil kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit ini terdapat kaitannya dengan kegiatan akreditasi sehingga dapat digunakan sebagai bukti nyata bahwasannya telah dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi pada kodefikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan yang tujuannya dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan menjaga nilai mutu pada unit rekam medis dalam bentuk laporan rumah sakit pada direktur dengan menggunakan acuan perekam medis dalam melakukan pengelolaan pelayanan manajemen rumah sakit yang tertuang pada KMK -1128 tentang Akreditasi Kementerian kesehatan adalah MRMIK dan pada bab aturan dalam kegiatan kodefikasi diagnosis penyakit terdapat pada standart akreditasi MIRM poin 9 yang mengatur penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan singkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit sehingga suatu unit rekam medis berhak melakukan kegiatan monitoring untuk melihat konsistensi kodefikasi penyakit dan menunjang standar penilaian akreditasi sekaligus sebagai bahan evaluasi dan pembelajaran yang sesuai dengan isi dari elemen penilaian akreditasi MIRM 9 yakni:

1. Dalam penggunaan kode diagnosis, prosedur, singkatan dan simbol yang sudah sesuai dengan ketetapan dan standar rumah sakit memiliki bukti regulasi meliputi Standarisasi kode diagnosis, prosedur dan tindakan beserta definisinya kemudian penggunaan simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan
2. Kegiatan evaluasi dan monitoring yang dilakukan secara berkala untuk melihat penggunaan kode diagnosis prosedur simbol dan singkatan yang digunakan di rumah sakit dengan diberi bukti tentang pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala dan bukti tentang rencana tindak lanjut untuk perbaikan rumah sakit yang sesuai dengan

regulasi yang dititik beratkan boleh digunakan dan tidak kemudian terdapat bukti mengenai rencana tindak lanjut atau perbaikan dan dilakukan peleporan yang disaksikan langsung oleh direktur dan para pimpinan rumah sakit dan petugas yang melakukan monitoring.

Dalam proses menunjang kegiatan monitoring pada kode diagnosis rawat inap dapat dilakukan secara berkelanjutan maka dari itu di buat lah SOP sebagai bentuk pedoman dalam melaksanakan kegiatan monitoring.

1.15 Pembahasan

4.2.1 Untuk mengidentifikasi kesalahan umum dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit sekaligus mengevaluasi kepatuhan berdasarkan pedoman pengkodean diagnosis penyakit di RSUD Kanjuruhan

Monitoring ketepatan kode diagnosis yang sudah dilakukan peneliti pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan adalah salah satu prasyarat rumah sakit dalam menyelesaikan akreditasi vesi STARKES. Akreditasi ini sendiri sebagai upaya dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan proses evaluasi hasil kerja dalam periode tertentu. Periode yang digunakan pada RSUD Kanjuruhan sendiri adalah evaluasi per-tiga bulan sekali atau sering disebut dengan triwulan. Tetapi saat ini kegiatan monitoring tersebut jarang dilakukan karna belum adanya pedoman yang tetap untuk digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaannya. Pentingnya kegiatan monitoring ini dapat dijadikan sebagai tolak ukur dan bahan evaluasi untuk kegiatan kodifikasi penyakit di RSUD Kanjuruhan terlebih dengan nilai kunjungan yang dapat dibilang banyak sehingga unit rekam medis perlu mengukur bagaimana kapasitas dan kondisi dari kegiatan kodifikasi penyakit yang hanya dilakukan oleh 1 orang petugas lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Kegiatan monitoring di RSUD Kanjuruhan menggunakan acuan simbol dan singkatan yang berlaku di rumah sakit dengan menggunakan buku ICD-10 yang berlaku di indonesia. Hasil dari monitoring ini memunculkan beberapa data yang menentukan persentase besaran antara kode diagnosis yang tepat dan yang tidak tepat. Persentase ketepatan dan Ketidaktepatan ini sendiri akan menjadi penentu bagaimana standarisasi yang ada pada RSUD Kanjuruhan. Hasil dari monitoring ini nantinya akan menjadi bahan evaluasi bersama pihak rumah sakit utamanya adalah

dari unit rekam medis. Tentunya tiap rumah sakit ingin memertahankan nilai akreditasi yang sudah diraih dan bisa sampai ketahap pengembangan agar bisa menjadi lebih baik lagi.

Besaran ketidak tepatan dalam penulisan kode diagnosis adalah sebesar 16% merupakan hasil yang cukup rendah jika mengacu terhadap akreditasi versi STARKES yang telah ditetapkan. Besaran ketidak tepatan ini sendiri masih perlu untuk diminimalisir kembali agar akreditasi ini bisa dikatakan perfect dan lebih baik seiring dengan berjalannya waktu.

Beberapa hal yang sering ditemukan peneliti adalah ketidak stabilan dalam menuliskan kode diagnosis. Hal ini dapat ditemukan dari bagaimana koder menuliskan kode penyakit yang satu jenis, untuk penulisan pertama terdapat ketepatan dalam penulisan. Akan tetapi, untuk penulisan selanjutnya koder tidak tepat dalam menuliskan kode diagnosisnya. Hal ini menjadi penyumbang bagaimana angka ketidak tepatan penulisan kode diagnosis ini masih lumayan besar angkanya.

Pada tingkat ketidaktepatan monitoring kode diagnosis penyakit dengan nilai 16% berdasarkan tabel diatas ada beberapa faktor dari ketidaktepatan yang ditemukan peneliti dari 354 dokumen terdapat 13 kode yang tidak sesuai dan 43 diagnosis penyakit yang tidak diberi kode oleh petugas dan di coret 1 tetapi tidak diberi pengganti.

a) Kodenya salah

Sering sekali ditemukan kode diagnosis yang tidak sejajar dengan barisan diagnosis nya sehingga apabila dibaca resiko kesalahan akan lebih tinggi berkaibat klaim kode diagnosis yang tidak sesuai dengan diagnosis pasiennya dan dalam penelitian ini ditemukan 13 dokumen rekam medis yang memiliki permasalahan kode nya salah atau tidak tepat pernyataan ini bersambung berdasarkan pendapat dari Pramono dan Nuryati (2021:43) menyatakan bahwa Pelaksanaan pengodean diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10 keakuratan kode diagnosis pada rekam medis dapat digunakan sebagai dasar pembuatan laporan kesehatan apabila kode diagnosis pasien tidak akurat akan dapat mengakibatkan informasi yang dihasilkan mempunyai tingkat validasi data yang rendah dan hal ini tentu dapat mengakibatkan

ketidakakuratan pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim Jamkesmas. Maka dari itu kegiatan monitoring ini merupakan upaya sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan rasa awas petugas pada kegiatan kodefikasi penyakit.

b) Tidak di Kode

Terdapat beberapa diagnosis pasien yang belum diberikan kode oleh petugas karena terlewat dan tertimbun dengan dokumen rekam medis yang baru datang lagi. Jika dilihat dari angka tertinggi faktor Ketidaktepatan adalah masih banyaknya dokumen rekam medis yang belum diberikan kode oleh petugas dikarenakan hanya ada satu petugas koding yang melakukan rampel dengan mengerjakan tugas lain juga selaras dengan pendapat dari (Octaria, 2017; Maryati dkk., 2020) bahwasannya lebih jauh, beban kerja petugas yang tinggi juga berpengaruh secara signifikan terhadap ketepatan kode sehingga banyak dokumen yang resiko terlewat tidak di koding setelah dilakukan kegiatan assembling setiap harinya. Kondisi ini sangat memungkinkan terjadinya berkas yang terlewat untuk dilakukan kegiatan kodefikasi penyakit setelah dilakukan observasi di lahan bahwasannya tata letak petugas kodefikasi penyakit pada pasien rawat inap berada pada pojokan dengan 1 set meja dan komputer yang dalam sehari kegiatan yang dilakukan merangkap dengan kegiatan lain seperti indexing maupun membantu assembling sehingga akan banyak sekali dokumen rekam medis yang ada pada meja petugas dan hal ini menyebabkan kemungkinan besar berkas dokumen rekam medis akan tertukar dengan yang sudah diberi kode diagnosis.

c) Kode di coret

Kemungkinan terjadi kesalahan dalam melakukan kegiatan kodefikasi merupakan hal yang sering terjadi sehingga terdapat kode diagnosis yang salah tetapi petugas lupa untuk membenarkan. Faktor penyebab ini tidak sesuai dengan aturan penulisan rekam medis, dimana aturan penulisan rekam medis bila terjadi kesalahan penulisan petugas hanya diperkenankan untuk mencoret 1 kali dan dibubuhi tanda tangan (Dermawan dan Siswati, 2020: 17).

4.2.2 Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan

Ketepatan kode diagnosis yang ada pada RSUD Kanjuruhan sebesar 83% ini diperoleh dari hasil monitoring dan hasil ini merupakan data yang sudah dikategorikan baik dengan standart nilai ketepatan yang sudah mengalami peningkatan. Pramono (2021) Menyatakan bahwa kisaran ketepatan di rumah sakit berada pada kisaran angka 21 – 81%.

Oleh karena itu proses monitoring yang dilakukan oleh peneliti dalam ketepatan kode diagnosis ini mengacu terhadap simbol dan singkatan yang berlaku dan kaidah penulisan ICD– 10 yang berlaku dan disesuaikan ketepatannya melalui validator yang berkualifikasi lulusan minimal D3 Jurusan Rekan Medis dan Informasi Kesehatan. Umumnya kegiatan monitoring yang dilakukan di RSUD Kanjuruhan yang pertama adalah menilai ketepatan kode diagnosis penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap, setelah ditemukan nilai presentase hasil dari ketepatan tersebut maka petugas akan membuat 1 laporan triwulan yang nantinya akan diberikan kepada kepala rekam medis sebagai bahan bukti dilaksanakannya kegiatan penilaian akreditasi pada MIRM9. Adapun susunan laporan tersebut yakni mengenai:

- a) Lampiran lembar observasi yang berisi data nilai Tepat dan Tidak Tepat dari hasil kegiatan monitoring.
- b) Penjelasan terkait hasil monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit
- c) Sajian data berupa tampilan presentase dari hasil ketepatan kode diagnosis penyakit beserta grafik
- d) Sajian data evaluasi faktor penyebab ketidaktepatan
- e) pemaparan kesimpulan dari hasil kegiatan monitoring
- f) Lampiran dari hasil kegiatan monitoring ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap dalam bentuk lembar observasinya

Hasil dari laporan tersebut nantinya akan diberikan kepada direktur rumah sakit sebagai bahan evaluasi dan perbaikan serta sebagai bukti dilaksanakannya elemen penilaian akreditasi versi STARKES MIRM 9.

4.2.3 Bentuk dari perencanaan SOP kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis penyakit dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan

Salah satu acuan perekam medis dalam pengelolaan pelayanan manajemen rumah sakit yang tertuang pada KMK -1128 Akreditasi Kementerian kesehatan adalah MRMIK yang terdiri dari 13 standar yang titik berat fokusnya ada pada pelaksanaan manajemen informasi, pengelolaan dokumen rekam medis pasien dan teknologi informasi kesehatan dipelayanan kesehatan pada MRMIK 9 terdapat standart yang mengatur ketepatan dalam penggunaan kode diagnosis, kode prosedur simbol dan singkatan yang digunakan seragam dan sesuai standar rumah sakit serta di monitor pelaksanaannya dan ketentuan tersebut wajib dilaksanakan dan dievaluasi . Dalam hal ini memiliki maksud dan tujuan dalam penggunaan simbol kode dan singkatan yang seragam dan sesuai standar dapat mencegah terjadinya kesalahpahaman dalam komunikasi dan pemberian asuhan ataupun pengambilan keputusan lain. Adanya kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis ini diharapkan mampu menjadi wadah kegiatan dalam mengavaluasi sekaligus melakukan perbaikan secara berkelanjutan pada unit rekam medis sekaligus sebagai bentuk dilaksanakannya elemen penilaian rekam medis pada Akreditasi rumah sakit versi STARKES MIRM poin 9. Kegiatan monitoring untuk menilai ketepatan kode diagnosis di RSUD Kanjuruhan dilakukan oleh beberapa petugas yang ditunjuk pada unit rekam medis untuk melakukan kegiatan monitoring yang seharusnya dilaksanakan setiap 3 bulan sekali dikarenakan terdapat kendala belum adanya acuan yang jelas terkait kegiatan tersebut sehingga jarang sekali dilakukan,

Kemudian dalam menunjang keberlangsungan kegiatan monitoring ini peneliti menyediakan bentuk rancangan pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan kegiatan monitoring yakni *SOP Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis* yang dibuat berdasarkan pengalaman peneliti saat melakukan kegiatan monitoring dalam menilai ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Kanjuruhan. Maka dari itu, peneliti dalam hal ini selain melakukan kegiatan monitoring juga merilis sebuah SOP kegiatan monitoring agar tetap sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan dan dilakukan secara terus – menerus.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 35 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan ada beberapa prinsip pada pelaksanaan yang selaras dengan adanya kegiatan monitoring yakni :

a) Konsisten

SOP harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapa pun, dan dalam kondisi yang relatif sama oleh seluruh petugas sehingga kegiatan monitoring pada ketepatan kode diagnosis ini juga dapat dilaksanakan secara berkelanjutan secara konsisten dengan generasi petugas selanjutnya.

b) Komitmen

SOP harus dilaksanakan dengan komitmen penuh dari seluruh jajaran petugas , dari tingkatan yang paling rendah dan tertinggi dalam artian seluruh petugas pada unit rekam medis yang ditugaskan dalam kegiatan monitoring nanti dapat melakukan pelaksanaan berdasarkan acuan kegiatan yang berlaku.

c) Perbaikan berkelanjutan

Pelaksanaan SOP harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif. Berdasarkan pendapat ini artinya SOP ini dapat selalu terbuka dalam menerima saran atau perbaikan untuk menuju prosedur yang lebih baik lagi.

d) Mengikat

SOP harus mengikat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan

e) Seluruh unsur memiliki peran penting

Seluruh petugas dapat melaksanakan peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika petugas tertentu tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga berdampak pada terganggunya proses penyelenggaraan kegiatan

f) Terdokumentasi dengan baik

Seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan acuan atau referensi bagi setiap pihak-pihak yang memerlukan.

Dari beberapa prinsip ini peneliti merancang sebuah SOP berdasarkan pengalaman kegiatan saat dilakukannya kegiatan monitoring yang terdiri dari langkah pertama adalah membuat susunan kerja dan alur proses nya, kegiatan ini merupakan pondasi utama yang akan mempengaruhi kualitas SOP di kemudian hari. Jadi disini peneliti menentukan alur dan prosedur kerja selama melakukan kegiatan monitoring sebagai berikut:

- a) Kegiatan monitoring ini dilakukan selama 3 bulan sekali pada dokumen rekam medis rawat inap
- b) Petugas kegiatan monitoring dapat menentukan sampel dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan total nilai kunjungan yang ada selama 3 bulan menggunakan rumus slovin dengan tingkat presentase kelonggaran ketelitian yakni 5%
- c) Petugas kegiatan monitoring mempersiapkan alat monitoring yakni lembar observasi
- d) Petugas kegiatan monitoring dapat melakukan pengambilan sampel di ruang penyimpanan rekam medis rawat inap secara simple random sampling atau pengambilan sampel secara acak dengan memilih sampel yang mendekati kriteria cukup ideal.
- e) Dalam melakukan kegiatan monitoring petugas dapat membuka dokumen rekam medis pada lembar rm 2B dan melihat pada kolom diagnosa yang tersedia
- f) Petugas monitoring dapat menuliskan nomor rekam medis, Diagnosis, Kode diagnosis yang ada pada formulir pada lembar observasi
- g) Petugas dapat menilai ketepatan pemberian kode diagnosis penyakit yang ada apakah kode diagnosis yang diberikan sudah sesuai dengan diagnosis yang ada
- h) Petugas monitoring dapat menilai ketepatan kode dengan memberikan tanda centang pada lembar observasi kolom TEPAT dan TIDAK TEPAT.
- i) Apabila terdapat kesalahan dalam pemberian kode diagnosis petugas dapat mengisi kolom kode diagnosis yang seharusnya sebagai opsi pembenaran
- j) Petugas dapat mengisi kolom keterangan apabila didapati nilai TIDAK TEPAT karna alasan yang lain seperti diagnosa tidak terbaca atau kode tidak diberikan.

- k) Setelah selesai dilakukan kegiatan monitoring petugas dapat menjumlah nilai dari ketepatan kode diagnosis dengan nilai total masing masing
- l) Setelah didapatkan nilai jumlah kriteria TEPAT dan TIDAK TEPAT petugas monitoring dapat menentukan jumlah presentase dari setiap total kriteria.
- m) Petugas dapat menyimpulkan nilai Ketidaktepatan pada kegiatan monitoring kode diagnosa penyakit rawat inap dalam bentuk presentase.

Setelah adanya SOP sebagai acuan dan alur kerja dalam proses kegiatan monitoring ini petugas juga harus dapat melakukan kegiatan dengan mengacu pada buku ICD-10 Volume 1, 2, dan 3 dan acuan simbol dan singkatan yang berlaku di rumah sakit untuk mendapatkan hasil ketepatan yang valid dan akurat.

BAB V

KESIMPULAN

1.16 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kegiatan monitoring kode diagnosis yang dilakukan pada RSUD Kanjuruhan adalah sebagai tolak ukur bagaimana kesesuaiannya dengan instrumen yang dibutuhkan pada akreditasi versi STARKES dengan hasil bahwasannya RSUD Kanjuruhan sudah memnuhi syarat akreditasi versi STARKES dalam penulisan kode diagnosis
2. Hasil penelitian berdasarkan kegiatan monitoring kode diagnosis di RSUD Kanjuruhan Total dokumen yang diteliti adalah sebanyak 354 dokumen dengan kurun waktu selama 3 bulan menghasilkan angka ketepatan sebesar 83% dan hasil Ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis sebesar 16% dengan rasio 13 dokumen salah penulisan, 43 dokumen tidak dikode sedangkan 1 dokumen dengan kode dicoret.
3. Kegiatan monitoring ini dilakukan dengan maksud dan tujuan untuk mengevaluasi sekaligus untuk dilakukan perbaikan mengenai apa yang kurang dalam sebuah pelayanan sekaligus memenuhi standart akreditasi versi STARKES Kemenkes pada MIRM Poin 9.

1.17 Saran

Adapun saran dari penulis adalah sebagai berikut :

1. Perlu adanya keberlanjutan kegiatan monitoring ini agar rumah sakit bisa tetap terverifikasi akreditasi versi STARKES
2. Petugas rekam medis diharapkan lebih teliti dalam menuliskan kode diagnosis agar dapat meminimalisir terjadinya kesalahan dan mengurangi angka ketidaktepatan
3. Untuk penelitian selanjutnya penelitian ini bisa dijadikan bahan acuan ataupun sebagai bahan untuk disempurnakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Deta Nurfena, Laela Indawati, Deasy Rosmala Dewi, Puteri Fannya. 2022. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Typhoid Fever Pada Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Karawang Tahun 2020
- Dyah Ayu Megawati. 2020. Aplikasi Monitoring Aktivitas Akademik Mahasiswa Program Studi Informatika Universitas Xyz Berbasis Android
- Hatta, Gemala R. 2013. “Standar dan Etik Pengkodean”, <https://villavos.wordpress.com/2015/07/03/konsep-pengodean/>, diakses pada 05 November 2022 hg
- Hatta, Gemala R. Ed. (2013). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Edisi Revisi. Jakarta : Universitas Indonesia (UI-Press)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020a). BERITA NEGARA (Issue 1289).
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 Tahun 2020 Pada Pasal 58 Ayat 1 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian, 2019 (2020) (testimony of Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).
- Kesehatan, D. J. (2022). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Novita Yuliani. 2010. Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Comotio Cerebri Pasien Rawat Inap Berdasarkan Icd-10 Rekam Medik Di Rumah Sakit Islam. Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Apikes Citra Medika. Surakarta
- Nurdin Usman. 2002. *Konteks Implementasi Berbasis Kurikulum*, Bandung. CV Sinar Baru
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung. Alfabeta

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan

Syaukani dkk. 2004 : 295. Artikel Definisi tentang Implementasi menurut ahli (www.dosenpendidikan.com) diakses pada tanggal 26 November 2022 pada jam 16.00 WIB

Tambunan, R. M. (2008). Pedoman Penyusunan Standard Operating Procedures. Jakarta : Maiestas Publishing.

Ulya, S. (2021). Keakuratan Kode Diagnosis Pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Tanah Merah Tahun 2020. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada. Madura

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tentang Rekam Medis. Pemerintah Republik Indonesia. 2009

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit. Pemerintah Republik Indonesia 2009

Lampiran 1 Lembar Observasi 1

LEMBAR OBSERVASI KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT TRIWULAN 1 DALAM MENUNJANG AKREDITASI VERSI STARKES KEMENKES DI RSUD KANJURUHAN TAHUN 2022							
NO	No Rekam Medis	Diagnosis	Kode Diagnosis	Kode Diagnosis	Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10		Keterangan
			(Yang diberikan oleh petugas pada lembar RM 2B)	(yang seharusnya berdasarkan buku ICD-10 Revisi terbaru)	Tepat	Tidak Tepat	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian 1



Nomor : PP.08.02/6.1/2720/2022 11 Desember 2022
 Lampiran : -
 Hal : Surat Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit RSUD Kanjuruhan Kapanjen

di

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D3 Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2022/2023, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama

Nama : Liya Khumairo
 NIM : P17410201023
 Judul Penelitian : Analisis kegiatan monitoring ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap dalam menunjang akreditasi versi STARKES di RSUD Kanjuruhan
 Periode Penelitian : Desember 2022 - Februari 2023
 Metode Penelitian : Kuantitatif

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi
 D3 Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan

Achmad Zani Pitoyo, S. Si. T, MMRs.
 NIP. 197302232002121002

- Kampus Utama : J. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571368
 - Kampus I : J. Srikeyo No. 106 Jember, Telp (0331) 466613
 - Kampus II : J. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
 - Kampus III : J. Dr. Soetomo No. 48 Bilhar Telp. (0342) 801043
 - Kampus IV : J. KH Wahid Hasyim No. 848 Kediri Telp. (0354) 773085
 - Kampus V : J. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek, Telp. (0355) 791293
 - Kampus VI : J. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 461792



Lampiran 3 Balasan Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KANJURUHAN
 Jalan Panji No.100 Telp (0341) 395041 Fax (0341) 395024
 E-mail : rsud-kanjuruhan@malangkab.go.id Website : <http://rsud-kanjuruhan.malangkab.go.id>
KEPANJEN – 65163

Kepanjen, | Februari 2023.

Nomor : 072.1/ 321 /35.07.208/2023
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Jawaban Penelitian

Kepada
 Yth: Ketua Program Studi D3 Rekam Medik dan
 Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes
 Malang
 Di

MALANG

Menunjuk surat dari Ketua Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, tanggal 18 Januari 2023 No: PP.08.02/01/2720/2022, Perihal: Permohonan Ijin Penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui dan mengijinkan kegiatan Penelitian Mahasiswa Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang atas:

Nama : Liya Khumairo
 NIM : P17410201023
 Judul Penelitian : Monitor Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Inap Dalam Menunjang Akreditasi Versi STARKES di RSUD Kanjuruhan
 Tempat Penelitian : Rekam Medik

Adapun biaya serta hal yang berkaitan dengan kegiatan Penelitian dimaksud menjadi tanggung jawab pihak Penelitian. Selanjutnya sebelum pelaksanaan kegiatan penelitian agar berkoordinasi terlebih dahulu dengan Instalasi Dikilitbang Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

Wakil Direktur RSUD KANJURUHAN
 WAKIL DIREKTUR ADMINISTRASI & KEUANGAN

 dr. RA. RAJIH MAHARANI, M.M.R.S
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19670928 200003 2 003

Tembusan disampaikan kepada
 Yth. Sdr:
 1. Direktur sebagai laporan
 2. Ka.Bag. Prehumsar

Lampiran 4 Surat Permohonan Validasi

I. Surat Permohonan Verifikasi Koding



**D-3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN TERAPAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

SURAT PERMOHONAN

Yth. Bapak/Ibu

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Liya Khumairo

NIM : P17410201023

Program Studi : D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Dengan ini saya mengajukan permohonan kepada Bapak untuk dapat menjadi validator koding untuk tugas akhir saya yang berjudul "Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis Rawat Inap Dalam Menunjang Akreditasi Versi Starkes Di RSUD Kanjuruhan Tahun 2022". Adapun hasil validasi tersebut akan saya pergunakan untuk menunjang tugas akhir saya sebagai persyaratan memperoleh gelar diploma pada Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Demikian surat permohonan saya, atas perhatian ini dan bantuan Bapak saya mengucapkan terimakasih.

Malang, 16 Mei 2023

Pemohon

Liya Khumairo

NIM. P17410201038

Lampiran 5 Surat Pernyataan Validasi

2. Surat Pernyataan Kesediaan



**D-3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN TERAPAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : *Ainul. m*
Usia : *32 th*
Jabatan Fungsional : *Staff Rm*
Masa Kerja : *8 th*
Instansi : *Rm QVapor*

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi verifikator coding untuk tugas akhir dari :

Nama : *Liya Khumairo*
NIM : *P17410201023*
Program Studi : *D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*
Asal Institusi : *Poltekkes Kemenkes Malang*
Judul : *Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis Rawat Inap*
Dalam Menunjang Akreditasi Versi Starckes Di RSUD Kanjuruhan Tahun 2022

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh tanggung jawab untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 22 Januari 2023

Yang membuat pernyataan

Ainul Mutrofin, A.Md. RM

Lampiran 6 Dokumen Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis

LEMBAR OBSERVASI KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT TRIWULAN 1 DALAM MENUNJANG AKREDITASI VERSI STARKES KEMENKES DI RSUD KANJURAHAN TAHUN 2022

NO	No Rekam Medis	Diagnosis	Kode Diagnosis	Kode Diagnosis	Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10		Keterangan
			(Yang diberikan oleh petugas pada lembar RM 2B)	(yang seharusnya berdasarkan buku ICD-10 Revisi terbaru)	Tepat	Tidak Tepat	
1	510353	CVA Infark	I61.5	I63.9		Tidak Tepat	Kode nya salah
2	480553	Hipokalemia Refrakter	M54.5	E87.7		Tidak Tepat	Kode nya salah
3	540453	Broncopneumonia	J18.0		Tepat		
4	540653	Urethritis	N35.9		Tepat		
5	530753	CVA Infark	I69.3	I63.9		Tidak Tepat	Kode nya salah
6	540753	Gagal Nafas	J96.9		Tepat		
7	540753	CPC (Cor Pulmonale Chronic)	E87.6		Tepat		
8	531053	ASMA	J45.9		Tepat		
9	531053	Cor Pulmonale	I27.9		Tepat		
10	541153	DM II	E11.9		Tepat		
11	541753	GERD	K21.9		Tepat		
12	534853	Paraplegia	G82.2		Tepat		
13	221953	Batu Ureter D	K35.8	N20.1		Tidak Tepat	Kode nya salah
14	541953	UAP (Unstable Angina Pectoris)	I20.0		Tepat		
15	532053	DM TYPE II	E11.9		Tepat		
16	332353	COPD	J44.0		Tepat		
17	542453	Gangren pedis 5	E11.5		Tepat		
18	542553	DOC hipoglikemi	R41.8		Tepat		
19	232653	Hipoalbuminuria	E88.0		Tepat		
20	232653	Oedema Anasarka	R60.9		Tepat		

21	232653	HHD(Hypertensive heart disease)	I11.9		Tepat		
22	532653	Other Tetanus	A35		Tepat		
23	532653	Hypertensive	I10		Tepat		
24	542653	Celulitis	L03		Tepat		
25	542753	PVC (Premature Ventricular Contraction)	I49.3		Tepat		
26	542753	Unstable Angina	I20.0		Tepat		
27	532853	Heart Failure	I50.9		Tepat		
28	532853	Cholelithiasis	K80.8		Tepat		
29	523053	pyogenic arthritis Of Knee	M00.96		Tepat		
30	523053	Bronchitis chronic	J42		Tepat		
31	533153	Spondylitis Tuberculosis	A18.0		Tepat		
32	533253	CVA ICH	I61.9		Tepat		
33	533253	Brain Compression	G93.5		Tepat		
34	343353	intracranial injury	S06.8		Tepat		
35	343353	Open Wound Of Skull	S01.8		Tepat		
36	413453	Cerebral Infection	I63.9		Tepat		
37	533653	batu ureter proksimal D	N20.1		Tepat		
38	543753	appendicitis with generalized peritonitis	K35.2		Tepat		
39	543753	hydronephrosis with renal	N13.2		Tepat		
40	533953	Diabetes Melitus + Coma	E14.0		Tepat		

41	533953	Convulsion	R56.8			Tepat		
42	534053	prolonged pregnancy	O48.1			Tepat		
43	544253	ICH Traumatic Frontal	S06.3			Tepat		
44	544253	Edema Cerebri	G93.6			Tepat		
45	524453	Athrits due to other bacteria ankle	M00.8			Tepat		
46	534653	CVA Emboli	I63.4			Tepat		
47	544653	Appendicitis Akut	K35			Tepat		
48	374753	Hypertensive	I10			Tepat		
49	374753	DVTR Lower leg	I80.2			Tepat		
50	535253	Tumor Abdomen	D21.4			Tepat		
51	535253	Retentio of urine	R33			Tepat		
52	535455	abses sub mouth	K12.2			Tepat		
53	485553	Bronchitis akut	J20.9			Tepat		
54	485553	Asma Bronkial	J45.9			Tepat		
55	485553	ISPA (Infeksi saluran pernapasan atas)	J06.9			Tepat		
56	535953	CPC (Cor Pulmonale Chronic)	I27.9			Tepat		
57	535953	Cardiomegaly	I51.7			Tepat		
58	236353	malignant neoplasm of breast	C50.9			Tepat		
59	516553	benign neoplasm of breast	D24			Tepat		
60	516553	Nausea Vomiting	R11			Tepat		
61	456553	Pneumonia	J18.9			Tepat		
62	546553	Snake Bite	T63.0			Tepat		
63	546553	Koagulopati	X20			Tepat		
64	536753	Ascites	R18			Tepat		
65	536853	Asfiksia Neonatus	P21.9			Tepat		
66	527153	Acute Congestive Heart Failur	I25.1			Tepat		
67	537153	Cerebri Odema	G93.6			Tepat		
68	537253	calculus of gallbladder with acute cholecystitis	K80.0			Tepat		
69	537553	Rupture Tendon	M66.5			Tepat		
70	527853	benign neoplasm of thyroid gland	D34			Tepat		
71	527853	benign neoplasm of Skin	D23.9			Tepat		
72	427953	Status Asmatikus	J45.9			Tepat		
73	427953	Pneumonia	J18.9			Tepat		
74	537953	Tuberculosis		A16.2			Tidak Tepat	Tidak Di Kode
75	537953	HIV Infection	B20.0			Tepat		
76	528053	bradycardia simptomatik	R00.1			Tepat		
77	528053	Colic Abdomen	R10.4			Tepat		
78	528053	Dyspepsia Syndrome	K30			Tepat		
79	538053	Edema Cerebri	G93.6			Tepat		
80	538053	Cerebritis	G04.9			Tepat		
81	538053	Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES)	I67.8			Tepat		
82	538053	Syndrome Nefritis	N00.9			Tepat		
83	538653	Malignant neoplasm of Rectum	C20			Tepat		
84	538653	Tumor Rectum	D12.8			Tepat		
85	328753	CKD State 5	N18.5			Tepat		
86	328753	hydronephrosis	N13.2			Tepat		
87	528753	Hypoglikemia	E16.2			Tepat		
88	528753	Anemia	D64.9			Tepat		
89	528753	Hypoalbuminemia	E88.0			Tepat		
90	528753	SOPT (sindrom obstruksi pasca TB)	B90.9			Tepat		
91	528753	Dyspepsia	K30			Tepat		
92	538753	Cardiomegaly		I51.7			Tidak Tepat	Tidak Di Kode
93	538753	Efusi Pleura	J90			Tepat		
94	538753	CHF (congestive heart failure)		I50.0			Tidak Tepat	Tidak Di Kode
95	538753	Respiratory Failure	J96.9			Tepat		
96	538753	Asidosis Respiratorik	E87.2			Tepat		
97	528853	Asfiksia Neonatus	P21.1			Tepat		
98	539153	burn grade 2(18%)	T20.2			Tepat		
99	529553	GEA	A09.9			Tepat		
100	539653	pocketed pleural effusion	J90			Tepat		


101	409753	Abortion Incomplete	O06.4		Tepat		
102	409753	Pneumonia	O99.5	J18.9		Tidak Tepat	Kode nya salah
103	539853	Susp Ca Servix	Z03.1		Tepat		
104	410053	HHD(Hypertensive heart disease)	I11.9		Tepat		
105	540053	HF(heart failure)	I50.9		Tepat		
106	540053	Liver Fibrosis	K74.0		Tepat		
107	540053	AKI(Acute kidney injury)	N17.9		Tepat		
108	540284	SDH(Subdural hematoma)	S06.5		Tepat		
109	539053	Sepsis	A41.9		Tepat		
110	539053	Anemia	D64.9		Tepat		
111	540755	Ca caput pankreas	D13.6		Tepat		
112	540755	Hypoalbuminemia	E88.0		Tepat		
113	540755	Obstructive joundie	K56.6		Tepat		
114	540755	Anemia Chronic Deases	D64.9		Tepat		
115	540755	Cancer Pain	E87.6		Tepat		
116	531055	Hydropneumothorax	J94.8		Tepat		
117	540555	Tumor Pain	D14.3		Tepat		
118	540655	CKS(Cedera Kepala Sedang)	S06.3		Tepat		
119	540755	Akut Epilepsi	G41.9		Tepat		
120	541155	Observasi Convultion	R56.0		Tepat		
121	311255	DIC(disseminated intravascular coagulation)	D65		Tepat		
122	311255	CKD State 5	N18.5		Tepat		
123	461255	BPH Retensi Urine	N40		Tepat		
124	542055	Pneumonia	J18.9		Tepat		
125	412055	Cervical Monoplegia	G83.3		Tepat		
126	412055	Paraplegia	G82.2		Tepat		
127	542555	Cardiomegaly		I51.7		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
128	542555	Atrial Fabrlition	I48		Tepat		
129	532755	Stroke Hemoragic	I61.9		Tepat		
130	532855	Status Epiletikus	G40.9		Tepat		
131	533055	Emphisema Pulmonum	J43.9		Tepat		
132	533055	ISK(Infeksi saluran kemih)	I10	N39.0		Tidak Tepat	Kode nya salah
133	543155	Asfiksia Neonatus		P21.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
134	540557	Stemi Inferior	I21.9		Tepat		
135	540557	Acute Congestive Failur	E11.9	I50.0		Tidak Tepat	Kode nya salah
136	540557	DM		E14.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
137	460857	ICH (intracerebral Hemorrhage)	I61.9		Tepat		
138	460857	Hypertensive	I10		Tepat		
139	541057	Congenital talipes Equinovarus	Q66.0		Tepat		
140	540957	Colic Abdomen	R10.4		Tepat		
141	541157	CKD	N18.9		Tepat		
142	541157	Vertigo	R42		Tepat		
143	451357	Candidiasis		B37		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
144	491557	Selulitis Pedis	I03.1		Tepat		
145	491557	DM TYPE II	E11.9		Tepat		
146	491557	Hypoalbuminemia	E88.0		Tepat		
147	541957	Canal Stenosis	M48.0		Tepat		
148	542057	Gagal Nafas	J96.9		Tepat		
149	542057	Emphisema	J43.9		Tepat		
150	542157	TB Paru	A16.2		Tepat		
151	542157	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat		
152	542157	Candidiasis Oral	B37.0		Tepat		
153	542157	GEA	A09.9		Tepat		
154	312257	Stemi	I21.9		Tepat		
155	312257	Syok Kardiogenik	R57.0		Tepat		
156	312257	Pneumonia		J18.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
157	312257	Hipokalemia	E87.6		Tepat		
158	312257	Acute Kidney Injury		N17.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
159	542257	DOC(Direction of cure)		R55		Tidak Tepat	Kode di coret
160	542257	KAD (Ketoasidosis diabetik)Berat	E14.0		Tepat		

161	542257	Asidosis Metabolik		E87.2		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
162	452457	Hypertensive Heart Deases	I11.9		Tepat		
163	425457	Acute Congestive Heart Failur		I50.0		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
164	542957	Broncopneumonia	J11.0	I18.0		Tidak Tepat	Kode nya salah
165	532757	CKD state 5 HT	I12	I12.0		Tidak Tepat	Kode nya salah
166	532757	Hiperkalemia	E87.5		Tepat		
167	532757	Anemia	D63.8		Tepat		
168	532857	Chronic Diarhea	A09.9		Tepat		
169	532857	Polip Colon	K63.5		Tepat		
170	532857	Colitison spesifik		A09.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
171	532857	Hemorhoid Externa	I84.2		Tepat		
172	532857	Post Thyroidectomy, Hypothyroidisme	E05.9		Tepat		
173	532857	Hypokalemia	E87.6		Tepat		
174	543057	BPH(Benign Prostatic Hyperplasia)	N40		Tepat		
175	543057	Cystitis Cronis	J43.9		Tepat		
176	543057	Pemfisema		J43.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
177	343157	Efusi Pleura poceted	J90		Tepat		
178	343157	Pneumonia	J18.9		Tepat		
179	343157	Hypertensive	I10		Tepat		
180	483257	Premature Rupture Of Membran	O42.9		Tepat		
181	533257	Trauma Skrotum	S39.9		Tepat		
182	533257	Rupture testis D	S36.3		Tepat		
183	533257	Hematoid Skrotum	S30.2		Tepat		
184	543257	Abses Intraabdominal		K65.1		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
185	403357	KET (Kehamilan ectopik)	O00.1		Tepat		
186	533457	Compration Of Brain	S06.2		Tepat		
187	533457	Fr Clavicula S	S42.0		Tepat		
188	533357	AIHA (Autoimmune anemia hemolytic)	D59.1		Tepat		
189	544157	Tumor Rectum	D12.8		Tepat		
190	543757	Hipotensi	I95.9		Tepat		
191	543757	Septic Condition	A41.9		Tepat		
192	543757	AKI(Acute kidney injury)	N17.9		Tepat		
193	544257	Kejang demam sederhana	R56.0		Tepat		
194	544257	ISPA	J06.9		Tepat		
195	534557	Meatal Stenosis	N21.0		Tepat		
196	534557	ISK(Infeksi saluran kemih)		N39.0		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
197	544557	CVA ICH	I61.9		Tepat		
198	544557	Edema Cerebri	G93.6		Tepat		
199	544557	Compration Of Brain	G43.5		Tepat		
200	544557	Pneumonia		J18.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
201	484657	Snake Bite	T63.0		Tepat		
202	544657	NSC BBLR	P03.4		Tepat		
203	537757	Kolik Abdomen		R10.4		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
204	537757	Nefrolithiasis	N20.0		Tepat		
205	537757	Splenomegali	R16.1		Tepat		
206	537757	Efusi Pleura Bilateral		J90		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
207	534957	Ganglion	M67.4		Tepat		
208	545057	CKR	S06.0		Tepat		
209	545057	Degloving Temporal	S01.8		Tepat		
210	475157	Tumor Intra Abdomen	D36.7		Tepat		
211	475157	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat		
212	475157	Retensi Urine	R33		Tepat		
213	535157	Hypertensi	E11.0	I10		Tidak Tepat	Kode nya salah
214	535157	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat		
215	535157	AKI(Acute kidney injury)			Tepat		
216	495257	Malignant Neoplasma Of Breast	C50.9		Tepat		
217	495257	increased Of Serum Trnsminase	R74.0		Tepat		
218	495257	Hiponatremia	E87.1		Tepat		
219	495257	Malnutrition		E46		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
220	495257	Dispenew		R06.0		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
221	495257	Pleural Effusions	J90		Tepat		
222	535457	Batu Pyleum D	N13.2		Tepat		
223	535457	Hidronefrosis		N13.2		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
224	516057	Eritema Multiforme	L51.9		Tepat		
225	516057	Drug Eruption	L27.1		Tepat		
226	516057	GEA	A09.9		Tepat		
227	536057	Stricture Urethra	N35.9		Tepat		
228	536057	Meatal Stenosis		N35.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
229	536257	Neonatal SC	P03.4		Tepat		
230	546557	GEA	A09.9		Tepat		
231	536557	CVA ICH	I61.9		Tepat		
232	536557	Hypertensi	I10		Tepat		
233	537057	Abses Peritonisillar	J36		Tepat		
234	537357	Stenosis Ureter	N13.5		Tepat		
235	537557	Sepsis DIC		A41.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
236	537557	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat		
237	537557	Transaminitis	R74.0		Tepat		
238	537557	AKI(Acute kidney injury)		N17.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
239	537657	Cor Pulmonale	J81		Tepat		
240	537657	Prolaps Uteri	N81.4		Tepat		
241	537857	KAD (Ketoasidosis diabetik)Berat	E87.3		Tepat		
242	537857	Pneumonia	J18.9		Tepat		
243	527957	BBLR	P07.1		Tepat		
244	448057	Dehidrasi		E86		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
245	448057	Vomiting	R11		Tepat		
246	448057	ISPA	J06.9		Tepat		
247	528157	Colic Renal	N20.0		Tepat		
248	528157	Hematoma	N23		Tepat		
249	528157	Batu Ureter	Z96.0		Tepat		
250	228357	Benign Neoplasma Of skin	D23.9		Tepat		

251	538457	Retensio Urine	R33		Tepat		
252	538457	ISK(Infeksi saluran kemih)	N39.9		Tepat		
253	538457	Fimosi	N47		Tepat		
254	438757	Tumor Paru	D14.3		Tepat		
255	438757	Abdominal Pain	R10.4		Tepat		
256	438757	Slude Galbladder	K82.9		Tepat		
257	538757	Ralpitasi	R00.2		Tepat		
258	528857	Sirosis Hepatitis	K74.6		Tepat		
259	528857	Efusi Pleura Masif	J90		Tepat		
260	528857	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat		
261	538857	Vertigo		R42		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
262	538957	Observasi Febris		R50.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
263	538957	ISPA	J06.9		Tepat		
264	489157	Anemia Gravis	D64.8		Tepat		
265	539157	Gagal Nafas	J96.9		Tepat		
266	539257	CKD (Chronic kidney disease)	E88.0		Tepat		
267	539357	bilateral inguinal hernia with obstruction without gangrene	K40.0		Tepat		
268	539657	Hidronefrosis Berat S	C22.0		Tepat		
269	539657	Hepatoma	N13.3		Tepat		
270	539657	Kolik Abdomen akut		R10.4		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
271	249857	Abses of External Ear	H60.0		Tepat		
272	249857	Fimosi		N47		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
273	529857	CVA Emboli	I63.4		Tepat		
274	539957	Severehypokalemia	K30		Tepat		
275	539957	Dispepsia Syndrome	E87.6		Tepat		
276	250057	DHF (Dengue Hemoragi Fever)		A90		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
277	250057	Vomiting	A90	R11		Tidak Tepat	Kode nya salah
278	250057	Observasi Febris		R50.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
279	540057	CKR	S06.0		Tepat		
280	532855	Status Epiletikus		G41.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
281	532855	Epilepsy	G40.9		Tepat		
282	523255	Severe Dengue	A90		Tepat		
283	433455	Hernia Scrotatis	K40.9		Tepat		
284	433455	COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	J44.9		Tepat		
285	433455	Hypertensi State 1		I10		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
286	533355	Disentri Amoeba	A06.0		Tepat		
287	533355	Hematesis	K92.0		Tepat		
288	533355	Dehidrasi Berat	E41	E86		Tidak Tepat	Kode nya salah
289	533355	Marasmus		E41		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
290	533455	NEC	P77		Tepat		
291	533655	Respiratoey Failur	J96.9		Tepat		
292	543655	Dyspenia	R06.0		Tepat		
293	543655	Bronchitis Akut		J20.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
294	533755	Kolik Abdomen	R10.9		Tepat		
295	533755	DM TYPE II	E11.9		Tepat		
296	533755	Kolik Abdomen	R10.9		Tepat		
297	533855	Anemia	D64.8		Tepat		
298	533855	ISPA	J06.9		Tepat		
299	483955	Stomatitis	K12.1		Tepat		
300	483955	GEA		A09.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
301	483955	Fimosi GR IV	A09.9		Tepat		
302	533955	CKR	S06.0		Tepat		
303	533955	Fros Nasal	S02.2		Tepat		
304	533955	Hematuria sinus Maxilari		R21.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
305	543955	menometroragia	N92.1		Tepat		
306	534255	TB Pneumonia	A16.2		Tepat		
307	544255	Dyspenia	K30		Tepat		
308	544255	Bronchopneumonia	J18.0		Tepat		
309	544255	Anemia Defisiensi Besi	D50.9		Tepat		
310	424555	CVA 2 and Attack	I69.3		Tepat		

311	534555	Acute Diarhea	A09.9		Tepat		
312	364755	MDS(Sindrom mielodisplasia)	D46.9		Tepat		
313	364755	Hypertensive	I10		Tepat		
314	534755	Dengue shock syndrome	A91		Tepat		
315	534755	Trombositopenia Berat	A90		Tepat		
316	534755	Severe Dengue	P74.0		Tepat		
317	534755	Transaminity	E87.8		Tepat		
318	534755	Imbalans Elektrolit	J90		Tepat		
319	534755	Efusi Pleura		J90		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
320	544755	Atrial Fibrillation RVR	I48		Tepat		
321	525059	Cardiogenik shock		R57.0		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
322	525955	Bronchopneumonia	J18.0		Tepat		
323	525955	Dyspenia		R06.0		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
324	545955	Crust Injury Pedis	S97.8		Tepat		
325	336455	GERD	K21.9		Tepat		
326	536455	Multiple stab wounds	T01.9		Tepat		
327	536455	Hemathorax	J94.2		Tepat		
328	536455	Anemia	D64.9		Tepat		
329	396755	Batu Buli	N21.0		Tepat		
330	396855	Hematuria	R31		Tepat		
331	526855	Gagal Nafas Type II Berat	J96.9		Tepat		
332	526855	COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	J44.9		Tepat		
333	526855	Pneumonia		J18.9		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
334	526855	Acidosis	E87.2		Tepat		
335	526855	ARDS Severe	J80		Tepat		
336	526855	Cardiomegaly	I51.7	R57.0		Tidak Tepat	Kode nya salah
337	536855	Bronchopneumonia	J18.0		Tepat		
338	536955	TumorAbdomen	D36.7		Tepat		
339	536955	Hipoalbuminemia	E88.0		Tepat		
340	536955	Azotemia	R79.8		Tepat		
341	537055	Benign Neoplasma OF Breast	D24		Tepat		
342	537055	Anemia	D63.8		Tepat		
343	457255	Buerger Deases	I73.1		Tepat		
344	537255	Peripheral Arterial Deases	I73.9		Tepat		
345	477455	Edema Paru Akut	J81		Tepat		
346	527555	Pneumonia	J18.9		Tepat		
347	527555	Bronchiolitis		J40		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
348	538055	Dyspepsia Syndrome	K30		Tepat		
349	538355	HIV	B20.9		Tepat		
350	538755	Abdominal Pain		R10.4		Tidak Tepat	Tidak Di Kode
351	538755	Chronic Wound lower leg	E87.6		Tepat		
352	538955	Gastroenteritis akut	A09.9		Tepat		
353	529055	Siimplex Febrile Convultion	R56.0		Tepat		
354	529055	Hernia Inguinalis Krotalis	K40.9		Tepat		

Lampiran 7. Gambar SOP Monitoring Ketepatan Kode Diagnosis

(logo rumah sakit)	MONITORING KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT RAWAT INAP RSUD KANJURUHAN		
	SOP	No. Dokumen : No. Revisi : Tanggal Terbit : Halaman : 1	
RSUD KANJURUHAN			(Nama penanggung jawab kegiatan) NP:.....
1. Pengertian	Mekanisme monitoring yang dilakukan oleh unit rekam medis di RSUD Kanjuruhan merupakan suatu upaya dalam melakukan evaluasi pada kegiatan kodefikasi penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap.		
2. Tujuan	Sebagai bahan evaluasi kesesuaian dan ketepatan pada kegiatan kodefikasi penyakit rawat inap sekaligus penunjang aspek penilaian Akreditasi rumah sakit MIRM poin 9		
3. Kebijakan	Petugas rekam medis		
4. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kegiatan monitoring ini dilakukan selama 3 bulan sekali pada dokumen rekam medis rawat inap 2) Petugas kegiatan monitoring dapat menentukan sampel dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan total nilai kunjungan yang ada selama 3 bulan menggunakan rumus slovin dengan tingkat presentase kelonggaran ketelitian yakni 5% 3) Petugas kegiatan monitoring mempersiapkan alat monitoring yakni lembar observasi 4) Petugas kegiatan monitoring dapat melakukan pengambilan sampel di ruang penyimpanan rekam medis rawat inap secara <i>simple random sampling</i> atau pengambilan sampel secara acak dengan memilih sampel yang mendekati kriteria cukup ideal. 5) Dalam melakukan kegiatan monitoring petugas dapat membuka dokumen rekam medis pada lembar rm 2B dan melihat pada kolom diagnosa yang tersedia 6) Petugas monitoring dapat menuliskan nomor rekam medis, Diagnosis, Kode diagnosis yang ada pada formulir pada lembar observasi 7) Petugas dapat menilai ketepatan pemberian kode diagnosis penyakit yang ada apakah kode diagnosis yang diberikan sudah sesuai dengan diagnosis yang ada 8) Petugas monitoring dapat menilai ketepatan kode dengan memberikan tanda centang pada lembar observasi kolom TEPAT 9) Apabila terdapat kesalahan dalam pemberian kode diagnosis petugas dapat mengisi kolom kode diagnosis yang seharusnya sebagai opsi pembenaran 10) Petugas dapat mengisi kolom keterangan apabila didapati nilai TIDAK TEPAT karna alasan yang lain seperti diagnosa tidak terbaca atau kode tidak diberikan. 11) Setelah selesai dilakukan kegiatan monitoring petugas dapat menjumlah nilai dari ketepatan kode diagnosis dengan nilai total masing masing 12) Setelah didapatkan nilai jumlah kriteria TEPAT dan TIDAK TEPAT petugas monitoring dapat menentukan jumlah presentase dari setiap total kriteria. 13) Petugas dapat menyimpulkan nilai ketidak tepatan pada kegiatan monitoring kode diagnosa penyakit rawat inap dalam bentuk presentase. 		
5. Unit Terkait	Rekam Medis		
6. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lembar Observasi monitoring ketepatan kode diagnosis 2) Standar simbol dan singkatan yang dipakai di Rumah sakit 		

Lampiran 8. Contoh Ketidaktepatan Penulisan Kode Diagnosis

PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KANJURUHAN
 Jl. Pahlawan No. 100 Telp: (0341) 399041 Fax: (0341) 385024
 Email: rsu@kantorjuran@malangkab.go.id Web: http://rsu.kantorjuran.malangkab.go.id
KEPANJEN 65163

RINGKASAN PULANG

No. Rekam Medis: _____
 Ruang Perawatan: _____
 Kelas: _____
 Tanggal keluar RS: _____
 DPJP: _____
 Indikasi Rawat Inap: _____

nama pasien: _____
 tanggal lahir: _____
 jenis kelamin: _____
 tanggal masuk RS: _____
 golongan darah: _____

ANAMNESIS
 riwayat utama: _____
 riwayat penyakit: _____

PEMERIKSAAN FISIK
 dan umum: _____
 dan vital: _____
 pemeriksaan fisik: _____

CVKp
 Tekanan darah: 110/70 Suhu: 36,1 Nadi: 76 Frekuensi napas: 16
 GCS: E4V6M6 Wajahnya pd + kedingihan tangan
 indera dan digit 3 Nomor ①

PEMERIKSAAN PENUNJANG:
BORATORILIM OL, Alb, SG, Gopuc, S. wab As, HbA1c
DILOGI Fo Thorax, manus
N-LAIN EKG

EDUKASI TERAPI DAN TINDAKAN YANG TELAH DIKERJAKAN:
 Rawat wala, transfusi

DIAGNOSA	ICD_10	ICD_10	ICD_9CM
1. <i>Alis Anemia</i>			1. E11.5
2. <i>DM</i>			2. E88.0
3. <i>gigitan</i>			3. D64.9
4. <i>Anemia</i>			4. A91.9
5. <i>gigitan</i>			5. 86.28
1. <i>kekurangan zat besi</i>			1. 99.09
2. <i>gigitan</i>			2.
3. <i>gigitan</i>			3.
4. <i>gigitan</i>			4.
5. <i>gigitan</i>			5.

REKOMENDASI TINDAK LANJUT:
 1. *Control* 2. *Revisi* 3. *gigitan + Peny. Dalam*

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian

